

SO_GERICHTE VSBES.2015.109 vom 23. März 2017

SO Obergericht, 2017-03-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.109_d20170323

FR: SO_GERICHTE VSBES.2015.109 du 23 mars 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2015.109 del 23 marzo 2017

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1960 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) arbeitete vom 4. Dezember 2000 bis 30. September 2001 als Hilfsmechaniker bei der [...] AG. Ab 21. Juni 2001 wurde er wegen einer depressiven Störung zu 100 % krankgeschrieben. Am 20. Juni 2002 meldete er sich bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an. Diese sprach ihm mit Verfügung vom 26. Juni 2003 rückwirkend ab 1. Juni 2002 eine ganze Invalidenrente (sowie entsprechende Zusatz- und Kinderrenten) aufgrund eines Invaliditätsgrades von 100 % zu (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 18).

1.2 Im Rahmen eines im März 2004 eingeleiteten Revisionsverfahrens veranlasste die Beschwerdegegnerin eine Begutachtung in den Psychiatrischen Diensten [...] (med. prakt. C.____, Oberarzt; Dr. med. D.____, Assistenzarzt), welche am 24. Februar, 15. März, 19. April und 17. Mai 2005 durchgeführt wurde. Daraufhin wurde die bisherige Invalidenrente bestätigt, weil sich der Gesundheitszustand nicht verändert habe (Mitteilung vom 8. September 2005, IV-Nr. 31).

1.3 Im Juni 2008 leitete die Beschwerdegegnerin erneut ein Revisionsverfahren ein. Nach Beizug mehrerer Arztberichte und Durchführung des Revisionsgesprächs wurde keine gesundheitliche Veränderung festgestellt und die ganze Rente bestätigt (Mitteilung vom 12. Februar 2009, IV-Nr. 40). Ein weiteres Revisionsverfahren führte zum gleichen Ergebnis (Mitteilung vom 28. Mai 2010, IV-Nr. 46).

1.4 Im März 2013 leitete die Beschwerdegegnerin ein weiteres Revisionsverfahren ein. In der Folge holte sie bei Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein Gutachten am 3. Januar 2014 (IV-Nr. 57.1) ein. Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 25. März 2014 die Aufhebung der Invalidenrente in Aussicht (IV-Nr. 63). Der Beschwerdeführer liess am 8. Mai 2014 Einwände erheben (IV-Nr. 64). Die Beschwerdegegnerin nahm Berichte der Psychiatrischen Dienste [...] vom 16. Mai 2014 (IV-Nr. 67 S. 4 f.) und 5. August 2014 (IV-Nr. 71) sowie von Dr. med. F.____, Leitender Arzt Pneumologie, [...] vom 27. August 2014 (IV-Nr. 80) und 3. Oktober 2014 (IV-Nr. 82) zu den Akten. Der Beschwerdeführer liess am 19. September 2014 den Einwand ergänzen (IV-Nr. 80 S. 4 ff.). Weiter reichte er ein in seinem Auftrag erstattetes versicherungspsychiatrisches Gutachten von Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. Oktober 2014 (IV-Nr. 85) ein. Die Beschwerdegegnerin holte

eine ergänzende Stellungnahme von Dr. med. E.____ vom 19. November 2014 (IV-Nr. 89) ein und unterbreitete die Angelegenheit Dr. med. H.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, vom RAD, der sich am 23. Dezember 2014 äusserte (IV-Nr. 91).

1.5 Mit Verfügung vom 27. Februar 2015 (IV-Nr. 92; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.) hob die Beschwerdegegnerin die laufende Invalidenrente des Beschwerdeführers auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf.

E. 2

2.1 Invalidität gemäss Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) i.V.m. Art. 7 f. des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) bedeutet im Allgemeinen den durch die Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachten und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibenden ganzen oder teilweisen Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht fallenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, S. 40 Rz. 102 mit Hinweis auf BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs).

3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205).

3.2 Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung ist die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff., 130 V 71 E. 3 S. 73 ff.).

Die ganze Rente wurde dem Beschwerdeführer mit der Verfügung vom 26. Juni 2003 (IV-Nr. 18) zugesprochen. Das Revisionsverfahren, welches zur Bestätigung der ganzen Rente durch die Mitteilung vom 8. September 2005 (IV-Nr. 31) führte, umfasste eine psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers in den Psychiatrischen Diensten [...] (Gutachten vom 12. August 2005) und beruhte somit auf einer umfassenden Abklärung der relevanten Aspekte. Die in den Folgejahren durchgeführten Revisionsverfahren (E. I. 3

hiervor) beinhalteten dagegen keine umfassenden Abklärungen. Demnach ist der Sachverhalt bei Erlass der angefochtenen Revisionsverfügung vom 27. Februar 2015 mit demjenigen zu vergleichen, welcher der Mitteilung vom 8. September 2005 zu Grunde lag (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3 bis 7 mit Hinweisen und 8C_493/2011 vom 23. November 2011 E. 4.1).

4.4 Den durch den Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227; 135 V 465 E. 4.4 S. 470; 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

4.5 Auch ein Parteigutachten enthält Äusserungen eines Sachverständigen, welche zur Feststellung eines medizinischen Sachverhalts beweismässig beitragen können. Daraus folgt indessen nicht, dass ein solches Gutachten den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder von einem Versicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten besitzt. Es verpflichtet indessen - wie jede substantiiert vorgetragene Einwendung gegen ein solches Gutachten - den Richter, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen des vom Versicherungsträger förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 125 V 351 E. 3c S. 354).

4.6 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab (BGE 135 V 465 E. 4 S. 469 mit Hinweisen). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f. mit Hinweisen).

6.2 Der Hausarzt Dr. med. K.____, Allgemeinmedizin FMH, stellte in seinem Arztbericht vom 14. Juni 2013 (IV-Nr. 52) folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: «Anhaltende affektive Störung (ICD-10 F34.1)». Im Weiteren gab er an, als Hilfsarbeiter bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 21. Juni 2001 bis auf weiteres. Der Gesundheitszustand sei stationär. Der Patient stehe bei ihm in Behandlung und komme ein- bis zweimal pro Jahr wegen diffuser, vor allem gastrointestinaler Beschwerden. Für die Behandlung der Depression oder Beurteilung stehe man zu wenig mit ihm in Kontakt (IV-Nr. 52).

6.3 Gemäss dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten von Dr. med. E.____ vom 3. Januar 2014 (IV-Nr. 54) wurde der Explorand am 29. Oktober 2013 mithilfe eines Dolmetschers untersucht. Die Diagnose lautete wie folgt: «Dysthymia (F34.1) bei depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (F32.4/33.4), bei akzentuierten (narzisstisch, emotional expressiv/histrionisch) Persönlichkeitszügen (Z73.1) und bei unregelmässigem

Konsum von ärztlich verordneten Benzodiazepinen sowie von Tabak und Alkohol». Unter dem Titel «Beurteilung und Prognose» wurde im Wesentlichen angegeben, zusammenfassend begründeten im Fall des Exploranden eine Dysthymia und die damit verbundenen geringen objektivierbaren Defizite aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht keine relevante (mehr als 20 % von 100 %) längerfristige Arbeitsunfähigkeit. Diese Einschätzung sei für jede Form von Tätigkeit (angestammt, angepasst, Haushalt) anzunehmen. Die in den Akten attestierte depressive Episode sei remittiert. Das ängstlich-depressive Syndrom bei körperlichen Missempfindungen und pedantischer Grundhaltung (sowie die Verärgerung über ein allfällig erlittenes Unrecht) seien objektiv nicht von erheblicher Schwere, Intensität und Ausprägung. Der Explorand nehme ■ wenn auch subjektiv deutlich eingeschränkt ■ am sozialen Leben teil (bspw. Haushalts- und Gartenarbeiten, Verwandte und Kollegen treffen, Reisen unternehmen). Ein therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer Konfliktbewältigung könne aus fachärztlicher (rein psychiatrisch-psychotherapeutischer) Sicht nicht vermutet werden, nachdem es zumindest zu einer Remission der depressiven Episode gekommen sei.

Im Weiteren wurde ausgeführt, im Fall des Exploranden seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht auch keine besonderen Hinweise vorhanden, die schwere anhaltende Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten (bspw. durch krankheitsbedingt fehlende Ressourcen). Die bekannten akzentuierten Persönlichkeitszüge stellten Varianten der Norm im Sinne von Eigenheiten der Person dar, die von sich aus alleine keinen Krankheitswert hätten (im Gegensatz zu Persönlichkeitsstörungen). Persönlichkeitszüge begründeten zunächst auch keine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte. Auch der vom Exploranden beschriebene unregelmässige Konsum von ärztlich verordneten Benzodiazepinen sowie von Tabak und Alkohol sei im Ausmass als gering einzuordnen. Eine anhaltende relevante (mehr als 20 % von 100 %) Minderung der Leistungsfähigkeit sei aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Und schliesslich sei das (angeblich pathologische) Spielverhalten des Exploranden in der Zeit bis 1995 oder (fraglich) 2002 zwar therapeutisch beachtenswert, jedoch versicherungsmedizinisch gegenwärtig nicht relevant. Die vom Exploranden genannte «Spielabstinenz» könne als Beleg für zumindest angemessene innerseelische Ressourcen gewertet werden. Dem Exploranden sei aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht eine Willensanspannung zur Überwindung seiner v.a. im rein Subjektiven verbleibenden Beschwerden medizinisch zumutbar und tatsächlich möglich. Eine Minderung der Leistungsfähigkeit mit mehr als 20 % (von 100 %) lasse sich für keine bisher in der Schweiz ausgeübte Tätigkeit und/oder Arbeiten im Haushalt begründen. Die hierzu widersprüchliche Einschätzung des betreuenden Psychiaters erkläre sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch ein sehr engagiertes Arzt-Patient-Verhältnis im Zusammenhang mit einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell.

Dr. med. E. ___ führte im Weiteren aus, beim Verlauf der Störung des Exploranden seien neben einer Verdeutlichungstendenz auch psychosoziale Faktoren zu benennen, bspw. Herkunft, Migration, einfache Schulbildung, fehlender Berufsabschluss, Lebensalter, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, langjähriger Rentenbezug, finanzielle Sorgen/Schulden, Heimweh und mangelhafte Deutschkenntnisse. Diese krankheitsfremden

Gesichtspunkte hätten vor allem therapeutische Relevanz und gingen nicht (weder positiv noch negativ) in die Beurteilung einer medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht mit ein. Sie stünden gegenwärtig weit überwiegend im Vordergrund bei der subjektiven Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit durch den Exploranden.

Für die Zeit zwischen August 2005 und Oktober 2013 lägen keine (fach-)ärztlichen Beurteilungen vor, die auch bei sehr wohlwollender Haltung fachlich ausreichend kritisch nachvollziehbar seien. Die Beurteilungen des Hausarztes Dr. med. K.____ und des Psychiaters Dr. med. J.____ seien pauschal und nur mit sehr spärlichen objektiven Befunden begründet. Der Hausarzt empfehle ab 20. Oktober 2009 ausserdem ausdrücklich eine psychiatrische Abklärung. Im Bericht vom 14. Juni 2013 werde von ihm ebenfalls eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) attestiert. Der Psychiater stelle regelmässig bis zum Zeitpunkt dieser Begutachtung einen stationären Gesundheitszustand fest. Er referiere die subjektiven Beschwerden des Exploranden. Objektive psychopathologische Befunde würden jedoch nicht differenziert ausgewiesen. Seine Beurteilungen seien jeweils nicht nachvollziehbar und könnten somit auch nicht kritisch diskutiert werden.

Im Vergleich zum Gutachten der Psychiatrischen Dienste [...] vom 12. August 2005 (Dr. med. D.____ und med. pract. C.____) sei von einer objektiv wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustands auszugehen (Remission der depressiven Episode). Zur Frage, seit wann eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bestehe, sei auf das Gutachten vom 12. August 2005 zu verweisen. Für die Zeit zwischen August 2005 und Oktober 2013 seien keine (fach-)ärztlichen Beurteilungen vorhanden, die auch bei sehr wohlwollender Haltung fachlich ausreichend kritisch nachvollziehbar seien. Somit seien keine Schätzungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit möglich, ab wann genau von der im vorliegenden Gutachten erläuterten Beurteilung ausgegangen werden könne. Sie sei sicher ab Datum der aktuellen Untersuchung (29. Oktober 2013) anzunehmen (IV-Nr. 57.1).

6.4 Dr. med. J.____ hielt in seinem Bericht vom 27. Januar 2014 (IV-Nr. 60) fest, der Beschwerdeführer leide immer noch unter der gleichen Diagnosen. Es bestehe eine bipolare affektive Störung. Aus psychiatrischer Sicht sei er zu 100 % arbeitsunfähig. Nach einer Konsultation vom 17. Januar 2014 habe der Patient mitgeteilt, dass er am Tag der Begutachtung bei Dr. med. E.____ vier Temesta (je 1 mg) zu sich genommen habe, damit er ruhig sein könne. Dies könne sehr gut erklären, warum Dr. med. E.____ nicht mehr den realen psychischen Zustand des Patienten habe feststellen und die richtige Diagnose angeben können. Ausserdem habe der Beschwerdeführer nach ca. zweistündigem Gespräch mit dem Gutachter einen Test durchführen müssen, obwohl er sehr unter Druck gestanden sei. Man habe nicht toleriert, dass er ohne Pause nicht mehr weitermachen könne. Man habe insistiert, diesen Test zu beenden. Dann habe er die Antworten so schnell als möglich gegeben, ohne die Fragen wirklich zu verstehen (IV-Nr. 60).

6.5 Am 16. Mai 2014 wurde der Beschwerdeführer durch Dr. med. J.____ notfallmässig in stationäre Behandlung in die Psychiatrische Klinik [...] eingewiesen. Zur Beurteilung wurde angegeben, es bestehe eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode mit psychotischem Syndrom, Benzodiazepinabhängigkeit, Analgetika-Missbrauch bei Verdacht auf Analgetika-induzierte Kopfschmerzen und ein Verdacht auf narzisstische oder kombinierte Persönlichkeitsstörung (IV-Nr. 67 S. 4 f.).

6.6 Aus dem Bericht der Psychiatrischen Dienste [...] (Dr. med. L.____, Oberarzt; lic. phil. M.____, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP) vom 5. August 2014 (IV-Nr. 71) über die stationäre Behandlung vom 16. Mai bis 26. Juli 2014 gehen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hervor: «Bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode (ICD-10 F31.6) mit/bei Zwangsgedanken, überwertigen Ideen, CT Neurokranium 2001: Bland; V.a. obstruktives Schlafapnoesyndrom mit/bei Tagesmüdigkeit, beschriebene nächtliche Schreckreaktionen, morgendliche Kopfschmerzen, Rhonchopathie bei Adipositas, geplante OSAS-Abklärung Pneumologie, [...] am 08.08.2014; Verdacht auf Analgetika-fixierte Cephalgie, Status nach schädlichem Gebrauch von Analgetika (insbesondere Paracetamol), gegenwärtig Einnahme von 500 bis 1000 mg täglich». Die weiteren Diagnosen (anamnestisch Laktose-Intoleranz; Status nach langjähriger Low dose-Benzodiazepin-Abhängigkeit, gegenwärtige Einnahme ca. 5 x wöchentlich 1 bis 2 mg Temesta; Persönlichkeitsakzentuierung [ICD-10 Z71.3]; arterielle Hypertonie, rezidivierende hypertensive Krisen) haben nach den ärztlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Arbeitsunfähigkeit wurde mit 100 % angegeben und der Gesundheitszustand als stationär eingestuft.

Im Weiteren wurde angegeben, seit dem letzten Klinikaustritt im April 2004 sei der Patient weiterhin in ambulanter Behandlung bei Dr. med. J.____ gewesen. Mit der IV-Rente (100 % seit Juni 2002) und der Unterstützung zu Hause durch die Ehefrau und die Söhne sei er recht stabil gewesen und habe keine stationäre Behandlung mehr benötigt. Der Patient habe zwei Monate vor dem Eintritt einen IV-Vorbescheid erhalten, worin ihm in Aussicht gestellt worden sei, dass seine Rente per Ende Juni 2014 aufgehoben werde. Seine Ehefrau verliere zudem Ende 2014 ihre Anstellung. Er sei deshalb in grosser Sorge um das familiäre Einkommen, verspüre Ohnmacht und Angst. Er fühle sich seit dem Jahr 2000 nicht mehr arbeitsfähig; er könne nicht verstehen, weshalb man davon ausgehe, dass er nach 14 Jahren Krankheit nun plötzlich arbeitsfähig sein solle. Er werfe sich ohnehin vor, damals wegen des Geldes bei der Firma [...] mit giftigen Stoffen gearbeitet zu haben und deswegen krank geworden zu sein. Er beklage seit dem Vorbescheid eine Verschlechterung der Stimmung, wieder auftretende suizidale Gedanken, vermehrte zwanghafte Gedanken und Grübeleien rund um seine Sorgen über seine Lebenssituation. Er leide insbesondere wieder mehr unter zwanghaften Gedanken (Maschinen, Fabriken, Raketen und Bomben bauen, um die Galaxie zu zerstören), die ihm seit dem Jahr 2000 ohne Unterbruch zusetzten. Auch Stimmen seien in seinem Kopf, die ihn schon aufgefordert hätten, in den Tod zu gehen (zwei Suizidversuche 2008 und 2011). Die Suizidalität sei im Verlauf der letzten Jahre nicht durchgängig gewesen. Die suizidalen Gedanken seien jetzt wieder sehr präsent, ängstigten ihn, denn er dürfe nicht freiwillig in den Tod gehen, das verbiete ihm seine Religion. Er ertrage es nicht, in einer Gruppe Leute hinter sich zu wissen. Schwierig sei auch sein schlechter Schlaf. Er habe schon über Jahre Mühe mit dem Einschlafen. Er stehe nachts oft auf und gehe in den Räumen umher. Seit einigen Wochen habe sich das nächtliche Wachsein und Grübeln nochmals verstärkt, was in der Familie für Unruhe Sorge, da er dabei Lärm mache. Er schnarche zudem sehr laut. Man habe bei ihm nächtliche Atemstillstände festgestellt. Er fühle sich tagsüber ohne Ausnahme sehr müde und schläfrig. Wegen der Gedanken und der hohen Anspannung, teils mit Kopfschmerzen, nehme er aktuell beinahe täglich Temesta (2 bis 6 mg) sowie Dafalgan (0.2 bis 2 g). Das sei das einzige, was nütze. Der ihn zum Eintritt begleitende Sohn bestätige eine deutliche Zustandsverschlechterung seit dem IV-Vorbescheid. Täglich träten beim Patienten Affektausbrüche auf und dieser terrorisiere die Familienangehörigen.

Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, es seien anhaltende invalidisierende psychische Symptome (Kompromittierung der Zirkadianik, massive formale Denkstörung, Affektinstabilität, Suizidalität, vegetatives Syndrom etc.) vorhanden. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zuzumuten. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz könne nicht verbessert werden. Dem Patienten seien auch keine anderen Tätigkeiten zuzumuten. Es bestehe eine chronifizierte, multimodale psychiatrische Störung, komplizierend seien zusätzlich somatische Faktoren (insbesondere bei Cephalaea, Schwindel, Verdacht auf OSAS etc.). Ein erneuter Integrationsversuch im ersten Arbeitsmarkt sei nach 12 Jahren begründeter Rente sowie persistierender Arbeitsunfähigkeit aktuell wenig aussichtsreich (IV-Nr. 71).

6.7 Dem Bericht des [...], Interdisziplinäres Schlafmedizinisches Zentrum, vom 27. August 2014 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer die nächtliche Überdrucktherapie am 13. August 2014 abgebrochen und das Gerät der Lungenliga zurückgebracht habe. Dieser aus der psychiatrischen Klinik zugewiesene Patient mit bipolarer Störung und langjähriger Benzodiazepin-/Analgetikumabhängigkeit toleriere die nächtliche Überdrucktherapie offenbar nicht. Er habe angegeben, die Behandlung stresse ihn zu sehr. Es sei versucht worden, ihm eine andere Maske anzupassen, was er mit starkem Schwitzen beantwortet habe. Der Beschwerdeführer habe deshalb beschlossen, keine weiteren Therapieversuche mehr zu unternehmen und die Verzichtserklärung zu unterschreiben. Offensichtlich stehe die psychiatrische Grundproblematik im Vordergrund (IV-Nr. 80 S. 2 f.; vgl. auch Bericht vom 3. Oktober 2014 [IV-Nr. 82 S. 1]).

6.8 Dem durch den Beschwerdeführer eingeholten versicherungspsychiatrischen Parteigutachten von Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. Oktober 2014 (IV-Nr. 85 S. 3 ff.) kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer am 26. September 2014 und am 3. Oktober 2014 mithilfe eines Dolmetschers untersucht wurde. Weiter holte der Gutachter Angaben zweier Söhne des Beschwerdeführers ein (die in der Einleitung überdies erwähnten Angaben der Ehefrau sind nicht aktenkundig; allenfalls nimmt der Gutachter auf eine Auskunft Bezug, welcher ein Sohn telefonisch einholte, vgl. Gutachten S. 13). Es wurden folgende psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «Chronifizierte paranoide Schizophrenie, ICD-10, F20.0, Beginn ab 1991, spezifisch ab 1995, Dekompensation ab 2001 mit dialogischen Stimmen, Verfolgungsideen, Grössenideen, sozialer Desintegration». Den weiteren Diagnosen (diverse Phobien [Höhenangst, Schlangenangst], St.n. Spielsucht 1980 - 1995) misst der Gutachter keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei. Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung führte er aus, die Arbeitsfähigkeit werde durch eine chronische schizophrene Störung eingeschränkt. Aufgrund dieser Störung sei der Explorand nicht mehr in der Lage, sich längere Zeit auf Aufgaben zu konzentrieren und mit der nötigen Ausdauer an etwas dran zu bleiben. Er sei im zwischenmenschlichen Kontakt eingeschränkt und nicht in der Lage, Beziehungen z.B. zu Vorgesetzten, Kollegen oder Kunden adäquat zu gestalten. Er sei sehr vergesslich, was im häuslichen Bereich bereits zu gefährlichen Situationen geführt habe. Im Arbeitsbereich liege hier ein erhöhtes Risiko für Selbst- und Fremdgefährdung vor. Aufgrund der Geisteskrankheit fehlten dem Exploranden Motivation und Wille, um Aufgaben anzupacken, und umgekehrt die innere Ruhe, um an etwas dranzubleiben. Aus dem Quervergleich der aus den Alltagsaktivitäten ableitbaren Fähigkeiten ergebe sich keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr, weder in der angestammten noch in optimal angepassten Tätigkeiten. Der Explorand sei seit vielen

Jahren mit ausreichend dosierten Antipsychotika behandelt worden, ohne eine volle Remission zu erreichen. Die eingesetzten Antipsychotika wie Risperdal und Seroquel seien Mittel der Wahl bei Schizophrenien. Insofern könnten keine Massnahmen genannt werden, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer rententangierenden Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führten. Ebenso wenig seien berufliche Massnahmen zu nennen, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer rententangierenden Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führten. Die Arbeitsunfähigkeit sei vor allem auf ein psychisches Leiden mit Krankheitswert zurückzuführen.

Die psychiatrischen Kollegen, angefangen beim behandelnden Psychiater Dr. med. J. ___ über die Klinikärzte der ersten Hospitalisation und dem ersten Gutachten im Jahr 2005 bis zur aktuellen Einschätzung der Psychiatrischen Klinik [...], seien jeweils von einer bipolaren Störung bzw. Depression oder psychotischen Depression ausgegangen. Eine manische Phase mit ihren typischen Symptomen lasse sich aber weder beim Exploranden noch seinen Angehörigen erfragen noch finde man in den Akten entsprechende Angaben. Insofern lasse sich die Diagnose einer bipolaren Störung nicht erhärten. Umgekehrt werde die Diagnose einer Schizophrenie trotz Grössenideen und akustischen Halluzinationen nie ernsthaft erwogen, obwohl dialogische Stimmen in den Berichten beschrieben worden seien. Psychotische Symptome seien teilweise der schweren Depression zugeordnet worden. Diese Einordnung sei aber fragwürdig, weil psychotische Symptome im Rahmen eines depressiven Syndroms nur während schwergradigen Episoden auftreten würden. Bei teilweiser Remission der Depression, z.B. während einer leichtgradigen Phase, sollten keine psychotischen Symptome mehr vorhanden sein. Beim Exploranden persistierten die überwertigen Ideen und dialogischen Stimmen aber auch in Phasen leichter Depressivität, was eine andere diagnostische Einordnung psychotischer Symptome nötig mache. Wenn man, entsprechend den Leitlinien zur psychiatrischen Begutachtung, systematisch arbeite, d.h. einen umfassenden Befund erhebe und dann alle in Frage kommenden Diagnosen anhand der massgeblichen ICD-Kriterien überprüfe, komme man zwingend zur Diagnose einer Schizophrenie. Eine andere Möglichkeit gebe es nicht, es sei denn, man unterstelle dem Exploranden, die dialogischen Stimmen zu simulieren. Dies sei aber unwahrscheinlich. Hiergegen sprächen die Fremdanamnese und der hohe Leidensdruck im System. Der Explorand müsste nicht nur den Gutachtern gegenüber simulieren, sondern auch seit über zehn Jahren gegenüber der eigenen Familie.

Der von Dr. med. E. ___ erhobene Befund sei viel zu kurz. Formulierungen wie «keine Hinweise auf» implizierten, dass der Explorand nach vielen relevanten Symptomen nicht gefragt worden sei (insbesondere nicht agoraphobische Ängste, Grössenideen, Halluzinationen). Dass dies nicht gemacht worden sei, irritiere auch deshalb, weil in den Akten entsprechende Hinweise zu finden seien. Diagnostisch sei dies fatal, da so wichtige Symptome und erfüllte ICD-Kriterien verpasst würden. Wenn man die einzelnen Items des MADRS anschauere, schätze der Gutachter selbst subjektive Kriterien unabhängig von den Angaben des Exploranden ein. Frühere Diagnosen (bipolare Störung, mögliche Agoraphobie) seien weder exploriert noch diskutiert worden, ganz abgesehen davon, dass die in den Akten dokumentierten akustischen Halluzinationen (verstorbene Grosseltern redeten mit ihm) ein schizophrenes Symptom sein könnten und deshalb auch die Diagnose hätte diskutiert werden müssen.

Der Gutachter diagnostiziere eine Dysthymie als Folge der vorbestehenden depressiven Störung. Dies sei mit der ICD nicht vereinbar. Restzustände einer Depression seien als

solche zu kodieren und nicht als eigenständige Diagnose. Insofern seien die depressiven Symptome, die der Gutachter feststelle, als Restsymptomatik der chronischen bzw. rezidivierenden depressiven Störung F33 einzuordnen. Wenn man noch die Fehleinschätzungen im MADRS dazu nehme, hätte der Gutachter eigentlich mindestens eine leichte bis mittelschwere depressive Störung feststellen müssen. Obwohl der Explorand bei Dr. med. E.____ offensichtlich mehrfach daneben rede, widersprüchliche Angaben zu den bis dato vorliegenden Akten mache (z.B. beim Thema Schulden) und offenbar ohne roten Faden berichte (S. 12/13), unterlasse der Gutachter die Einholung einer Fremdanamnese. Diese sei im Jahr 2005 bei der Ehefrau erhoben worden. Ein Vergleich mit den heutigen Angaben wäre hier sicher aufschlussreich gewesen.

In der Diskussion der Akten gehe der Gutachter von einer Verbesserung des Gesundheitszustands aus, ohne diese zu belegen. Dies sei auch nicht möglich, in den Berichten und insbesondere auch den Protokollen der IV-Revisionsgespräche gebe es keine Hinweise auf eine Besserung. Es sei aber nicht der Mangel an aussagekräftigen fachärztlichen Berichten, der die Feststellung einer Besserung verunmögliche, sondern die Fehlannahme, dass unterschiedliche Einschätzungen eines Gesundheitsschadens eine Besserung belegten.

Gravierend sei insbesondere die Fehleinschätzung zum sozialen Leben des Exploranden. Hier stütze der Gutachter auf die beschönigenden Angaben des Exploranden zu sozialen Aktivitäten ab und gehe davon aus, dass der Explorand unbeschwert Haushalts- und Gartenarbeiten verrichte, Verwandte und Kollegen treffe und Reisen unternehme. Wie sich diese Bereiche im Detail gestalteten, sei ihm, mangels Fremdanamnese und bei oberflächlicher Fragetechnik, entgangen.

Abschliessend führte der Privatgutachter aus, die Prognose sei ungünstig. Der Gesundheitszustand seit der letzten Rentenrevision habe sich nicht verändert. Die Kollegen im Gutachten aus dem Jahr 2005 würden zwar in der diagnostischen Beurteilung vom vorliegenden Gutachten abweichen, insbesondere sei die Diagnose der Schizophrenie verpasst worden. Aber das Ausmass des Gesundheitsschadens, insbesondere seiner Auswirkungen im Alltag, sei damals wie heute ähnlich: Wenn man die fremdanamnestischen Angaben, damals bei der Ehefrau erhoben, mit den heutigen Angaben der beiden Söhne vergleiche, hätten sich die alltagspraktischen und sozialen Einschränkungen wahrscheinlich nicht wesentlich verändert, höchstens noch leicht verschlechtert. Eine vorübergehende Verschlechterung durch den Entzug der IV-Rente, die auch zur zurückliegenden fast dreimonatigen Hospitalisation geführt habe, sei hier (unter der Annahme, dass sie vorübergehend sei) nicht berücksichtigt. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bestehe seit dem Stellenverlust im Jahr 1999, spätestens seit dem Jahr 2001. Seit 2001 bestehe eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit (IV-Nr. 85).

6.9 In seiner Stellungnahme vom 19. November 2014 (IV-Nr. 89) hielt Dr. med. E.____ im Wesentlichen fest, die Diagnose einer Dysthymia gemäss ICD-10 F34.1 leite sich aus der Vorgeschichte (Angaben in den Akten und von der versicherten Person selbst) sowie den Ergebnissen der Untersuchung vom 29. Oktober 2013 ab, wie es im Gutachten erläutert werde. Der Privatgutachter Dr. med. G.____ bestätige, dass nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer bipolaren affektiven Störung ausgegangen werden könne sowie dass keine gegenwärtig relevante depressive Störung mehr bestehe. Seine abweichende Einschätzung stütze der Privatgutachter allein auf die Aussage des

Beschwerdeführers, er leide an akustischen Halluzinationen («dialogische Stimmen»), und ordne diese einer schizophrenen Störung zu, ohne andere mögliche Erklärungen zu prüfen. Auch die ausführliche Erläuterung mit Bezug zu Mini-ICF-APP durch Dr. med. G.____ stütze sich fast vollständig auf die Einschätzungen durch Angehörige ab. Er, Dr. med. E.____, habe den psychopathologischen Befund orientiert an AMDP erhoben und dokumentiert. Es seien alle Funktionsbereiche vollständig erfragt, beobachtet und eingeschätzt worden. Zur sozialen Aktivität der versicherten Person sei weiterhin an der Einschätzung im Gutachten festzuhalten, dass diese zwar aus Sicht der Angehörigen und der versicherten Person selbst deutlich eingeschränkt, jedoch objektiv weiterhin vorhanden sei.

6.10 Der RAD-Arzt, Dr. med. H.____ äusserte sich in seiner Stellungnahme vom 23. Dezember 2014 dahingehend, Dr. med. E.____ begründe nachvollziehbar, weshalb er an seiner Beurteilung im Gutachten festhalte und weshalb insbesondere die Diagnose eine paranoiden Schizophrenie, wie sie Dr. med. G.____ gestellt habe, nicht nachvollziehbar sei. Die in den Berichten der Psychiatrischen Klinik geltend gemachte Verschlechterung des psychischen Zustandes des Versicherten infolge der Rentenaufhebung werde einleuchtend als auf dem Boden des dysthymen Syndroms entstandene persönliche Krisensituation interpretiert. Es seien keine neuen medizinischen Aspekte eingebracht worden, welche weiter abzuklären seien (IV-Nr. 91).

6.11 Der Privatgutachter Dr. med. G.____ legt in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 7. April 2015 (IV-Nr. 96 S. 27 ff.) im Wesentlichen dar, warum er seine Vorgehensweise, die auf einem expliziten Erfragen möglicher Befunde basiert, für richtig und diejenige des Administrativgutachters Dr. med. E.____ für unzureichend hält. Weiter hält er fest, sein Vorgehen bei der Diagnosestellung ergebe sich aus der inneren Logik der ICD-10.

6.12 Der durch das Gericht eingesetzte psychiatrische Gutachter Dr. med. I.____ stützt sich in seinem Gutachten vom 15. August 2016 (A.S. 61 ff.) auf die Vorakten und eine Exploration vom 5. Juli 2016, welche mithilfe einer Dolmetscherin durchgeführt wurde. Weiter führte er ein Telefongespräch mit dem behandelnden Psychiater Dr. med. J.____ und mit dem Sohn N.____, der den Beschwerdeführer zur Untersuchung begleitet hatte.

In der Beurteilung führt der Gerichtsgutachter aus, es falle auf, dass sich der Beschwerdeführer trotz langjährigen Aufenthalts in der Schweiz und mehrjähriger Therapieerfahrung nur relativ schlecht mitteilen könne. Er scheine auch nur eine geringe Schulbildung aufzuweisen. Der Beschwerdeführer sei jahrelang in Fabriken tätig gewesen und habe das Gefühl, dass er an einer dieser Arbeitsstellen durch Chemikalien vergiftet worden sei. Er sei verheiratet und habe drei Kinder. Ab ca. 2001 sei ihm eine IV-Rente zugesprochen worden. Er stehe seither auch in dauernder ambulanter psychiatrischer Behandlung. Trotzdem sei es gemäss Angaben der Behandler nie zu einer relevanten Besserung gekommen. Erst 2014 sei anlässlich der gutachterlichen Abklärung durch Dr. med. E.____ ein remittierter Zustand angenommen und der Beschwerdeführer als wieder arbeitsfähig beurteilt worden. Es sei dann ein Parteigutachten durch Dr. med. G.____ erstellt worden, wo neu die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie angenommen worden sei, die im Vorfeld nie zur Diskussion gestanden habe und die zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit führe. Bei der Untersuchung falle zunächst auf, dass der Beschwerdeführer offensichtlich nicht in der Lage sei, alleine an den Untersuchungstermin zu erscheinen, und begleitet werden müsse. Weiter falle beim eher mässig gepflegten Exploranden primär eine starke innere Anspannung auf, die sich im Verlauf der Untersuchung etwas bessere. Es zeigten

sich deutliche kognitive Schwierigkeiten im Sinne von Merkfähigkeitsstörungen. Der Beschwerdeführer berichte von fraglichen akustischen Halluzinationen, wobei auf Nachfrage nicht klar eruiert werden könne, ob es sich tatsächlich um gehörte Stimmen handle oder um eine Art innere Stimme. Er habe auch schon fraglich optische Halluzinationen erlitten, indem er das Gefühl gehabt habe, eine Wand stürze auf ihn ein. Vom Sohn werde bestätigt, dass der Beschwerdeführer das Gefühl habe, die Autos würden auf ihn zu fahren. Er wirke misstrauisch unter Menschen, indem er es nicht ertrage, wenn andere hinter ihm stünden oder durchgingen. Er sei im Verhalten sehr unstrukturiert, versuche allerdings die anstehenden Fragen zu beantworten, es zeigten sich keine Hinweise auf relevante Denkstörungen. Er berichte von zwanghaftem Gedankenkreisen, was er selbst als sinnlos empfinde, sei allenfalls subdepressiv verstimmt, affektiv aber sehr lebhaft und psychomotorisch teilweise unruhig. Er gebe wechselhafte Zustände an und bestätige, dass er teilweise gereizt und aggressiv reagiere und nicht mit allen Menschen gut zurechtkomme, er sehe selbst ein, dass sein Verhalten teilweise nicht richtig sei. Diese Verhaltensweisen würden durch den begleitenden Sohn auch bestätigt, der auch angebe, dass der Beschwerdeführer tatsächlich schwer ertragbar sei im häuslichen Umfeld und immer wieder Hilfe benötige, die er andererseits aber auch wieder ablehne. Er habe sich in den letzten Jahren komplett verändert, vom ursprünglich sehr hilfsbereiten Menschen zu einem Menschen, der nicht mehr in der Lage sei, anderen zu helfen, und Hilfe benötige. Er sei kaum mehr ertragbar. Die Kinder blieben nur der Mutter zuliebe noch zu Hause, da diese die Situation auch kaum mehr aushalte.

Weiter hält der Gerichtsgutachter fest, es lägen mehrere Berichte vor. Von den Psychiatrischen Diensten [...] sei im September 2001 eine schwere depressive Episode angenommen worden, der Beschwerdeführer habe damals hospitalisiert werden müssen. Dr. med. J. ___ habe dann im Februar 2003 eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode, angenommen und weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Im Dezember 2004 habe Dr. med. J. ___ diese Diagnose bestätigt. Anlässlich der gutachterlichen Untersuchung durch die Psychiatrischen Dienste [...] sei dann im August 2005 eine depressive Störung angenommen worden, mit teilweise in der Vergangenheit liegenden psychotischen Symptomen. Die Diagnose einer bipolaren affektiven Störung sei nicht bestätigt worden. Man sei aber von einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70 % ausgegangen. Im weiteren Verlauf gebe Dr. med. J. ___ in den knappen Verlaufsberichten einen gleichbleibenden Zustand an. Diese Berichte seien nicht sehr aussagekräftig, da kein Psychostatus erwähnt werde und die Berichte insgesamt kurz gehalten seien. Dr. med. E. ___ sei im Jahr 2014 anlässlich der gutachterlichen Beurteilung von einer gegenwärtig remittierten depressiven Störung ausgegangen, nehme akzentuierte Persönlichkeitszüge an und ziehe allenfalls eine Dysthymie in Erwägung. Bezüglich Arbeitsfähigkeit attestiere er keine Einschränkung mehr. Dr. med. J. ___ bestätige dann im Januar 2014 weiterhin die Diagnose einer bipolaren affektiven Störung. Von den Psychiatrischen Diensten [...] sei dann im Arztbericht vom August 2014 auch eine bipolare affektive Störung mit Zwangsgedanken angenommen worden und dadurch eine volle Arbeitsunfähigkeit durch Kompromittierung der Zirkadianität, massive formale Denkstörung, Affektinstabilität, Suizidalität, vegetatives Syndrom etc. Dr. med. G. ___ gehe dann in seinem Parteigutachten vom 13. Oktober 2014 erstmals von einer paranoiden Schizophrenie aus, wodurch eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehe. Der Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste [...] vom 5. August 2014 sei praktisch identisch mit dem Arztbericht gleichen Datums.

Es müsse festgehalten werden, dass schon vor der aus medizinischer Sicht bescheinigten Arbeitsunfähigkeit eine auffällige Entwicklung stattgefunden habe, indem der Beschwerdeführer übermässig Geld verspielt und sich dabei auch hoch verschuldet habe. Eine psychiatrische Behandlung sei dann aufgenommen worden, als er offensichtlich schwer depressiv geworden sei und auch psychotische Gedankengänge festgestellt worden seien. Nicht ganz klar sei, weswegen teilweise eine bipolare affektive Störung angenommen werde, die in den Unterlagen nirgends genügend begründet werde. Auch heute fänden sich keine Hinweise darauf, dass angenommen werden könnte, der Beschwerdeführer weise Phasen auf, in denen er gesichert hyperaktiv mit deutlich gehobener Stimmung mit vermehrtem Antrieb, ausgesprochenem Rededrang und vermindertem Schlafbedürfnis sowie Wegfall der sozialen Hemmungen, aufgeblasener Selbsteinschätzung, Grössenideen und Optimismus gewesen wäre. Die von ihm geklagten zwanghaften Gedankengänge bezüglich kommandierender Galaxie, Flugzeuge bauen oder Gründen einer Bank seien eher als Zwangsgedanken zu interpretieren und nicht als überwertige Ideen. Der Beschwerdeführer realisiere auch diese Gedanken als störend und möchte diesen ja entgehen. In einer Manie würde dagegen versucht, derartige Ideen umzusetzen. Es sei aber denkbar, dass der Beschwerdeführer zeitweise kürzer dauernde Phasen aufgewiesen habe, in denen er möglicherweise weniger geschlafen habe und eher agitiert gewesen sei. Inwieweit es sich dabei tatsächlich um manische Phasen gehandelt habe, könne aufgrund der Beschreibungen allerdings nicht nachvollzogen werden. Diesbezüglich bestehe daher auch Einigkeit mit Dr. med. G.____. Dr. med. J.____ gebe auf telefonische Anfrage aber an, dass zumindest bei Beginn der Behandlung ein zeitweise angetriebener, euphorischer Zustand mit eindeutigen Grössenideen vorhanden gewesen sei, der heute nicht mehr in diesem Ausmass beobachtet werden könne. Es erstaune zudem, dass die Psychiatrischen Dienste [...] primär von einer schweren depressiven Störung ausgegangen seien, dann gemeint hätten, eine solche könne nicht eruiert werden und dann in einem weiteren Bericht 2014 doch davon ausgingen, dass eine bipolare affektive Störung vorliege. Dies deute doch darauf hin, dass das Zustandsbild des Beschwerdeführers schwierig einzustufen sei.

Zweifellos träten zeitweise zumindest schwere depressive Verhaltensweisen auf, die allerdings in den letzten Jahren nicht mehr derart im Vordergrund gestanden seien. In den Berichten der letzten Jahre werde eine relevante depressive Störung nie mehr bestätigt, was denn auch der Grund sei, dass Dr. med. E.____ von einer Remission ausgegangen sei. Es falle zudem auf, dass der Beschwerdeführer während der Hospitalisation in [...] von Mai bis Juli 2014 ebenfalls nicht als wesentlich depressiv beurteilt worden sei. Er sei in kompensiertem Zustand ausgetreten und werde sogar als interaktionell umgänglich beschrieben. Eine Tagesmüdigkeit sei im Rahmen der Schlafapnoe-Problematik interpretiert worden. Halluzinationen hätten keine festgestellt werden können. Es sei aber aufgrund der Diagnose einer bipolaren affektiven Störung eine Lithium-Behandlung begonnen worden, worunter sich eine Stabilität habe erzielen lassen. Eine Lithium-Behandlung könne sich auch stabilisierend auf einen allfälligen depressiven Zustand auswirken und sei nicht nur bei bipolaren affektiven Zuständen wirksam. Es gelte zudem zu beachten, dass auch eine antidepressive und neuroleptische Behandlung durchgeführt werde.

Weiter sei zu diskutieren, ob - wie vom Privatgutachter Dr. med. G.____ angenommen - eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis vorliege. Eine Beurteilung sei allerdings sehr schwierig, da mittlerweile schon eine jahrelange Behandlung mit Neuroleptika

durchgeführt werde, was allfällige produktive Symptome dämpfen oder gar zum Verschwinden bringen könne. Für eine paranoide Schizophrenie bedürfe es eines klinischen Zustandsbildes mit Wahnvorstellungen, die meist begleitet seien von akustischen Halluzinationen oder anderen Wahrnehmungsstörungen. Beim Beschwerdeführer könne aufgrund seiner Beschreibungen angenommen werden, dass er mögliche Stimmen höre, wobei diese nicht sicher abzugrenzen seien zu möglichen inneren Vorstellungen oder einem inneren Drang, wie er bei den meisten Menschen auftreten könne und nicht als Symptom eines Wahns interpretiert werden könne. Halluzinationen seien häufig und nicht beweisend für eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Der Beschwerdeführer könne die innere Stimme gut beschreiben, er empfinde sie als störend und empfinde sie auch als fremd. In diesem Sinn sei es nicht ein eigentlicher Wahn, sondern eher eine Halluzination. Ein Wahn würde sein Verhalten deutlich beeinflussen, indem er nicht mehr zwischen Realität und Halluzination unterscheiden könnte. Aufgrund der Verhaltensauffälligkeiten des Beschwerdeführers könne differenzialdiagnostisch wohl die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie in Betracht gezogen werden, auch wenn sie aufgrund der erwähnten Gründe nicht eindeutig begründet werden könne, insbesondere auch weil beachtet werden müsse, dass der Beschwerdeführer mit Neuroleptika behandelt werde, die sich gegen die produktiven Symptome der Schizophrenie auswirkten.

Eine Persönlichkeitsstörung lasse sich aufgrund der zur Verfügung stehenden Angaben nicht begründen. Aufgrund der auffallenden Entwicklung und Verfestigung müsse jedoch eine mögliche Persönlichkeitsänderung in Betracht gezogen werden, da sich der Beschwerdeführer gemäss den zur Verfügung stehenden Angaben und der gutachterlichen Untersuchung sehr auffällig verhalte. Diese Persönlichkeitsänderung sei eine Folge der langjährigen psychischen Erkrankung.

Es könne davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer grosse Mühe habe, sich an äussere Regeln und Routinen zu halten, z.B. auch Termine verabredungsgemäss wahrzunehmen oder sich in Organisationsabläufe einzufügen. Er benötige die Hilfe der Familienmitglieder, es gelinge ihm nicht, sich längere Zeit irgendwo einzufügen. Das gleiche Problem stelle sich bei der Strukturierung und Planung von Aufgaben, die er nicht mehr konsequent durchführen könne. Er sei insgesamt wenig flexibel und nur geringfügig umstellungsfähig. Seine fachlichen Kompetenzen könne er nur noch geringfügig anwenden. Er habe Mühe, einen Entscheid zu fällen oder sich ein Urteil zu bilden. In der Durchhaltefähigkeit sei er ebenfalls stark eingeschränkt. Er könne sich auch nicht mehr adäquat selbst behaupten, sei in der Kontaktfähigkeit allgemein stark eingeschränkt und ziehe sich eher zurück. Die Gruppenfähigkeit sei stark beeinträchtigt, er habe auch grösste Mühe, familiäre Beziehungen aufrechtzuerhalten, ohne die Mithilfe der Familienmitglieder wären diese nicht mehr möglich. Er gehe einigen Aktivitäten nach, was aber durchaus von seinem momentanen Zustand abhängt, es bestünden nur noch wenige Interessen. In der Selbstpflege sei er ebenfalls eingeschränkt, indem er begleitet werden müsse. Insgesamt zeigten sich dadurch im Alltag doch wesentliche Einschränkungen.

Zusammenfassend müsse davon ausgegangen werden, dass beim Exploranden eine doch schwerwiegende psychische Problematik bestehe, die allerdings schwierig zu beschreiben sei. Eindeutige Hinweise auf eine bipolare affektive Störung liessen sich nicht finden. Gemäss Angaben des Sohnes habe auch die Behandlung mit einem stimmungsstabilisierenden Medikament nicht eindeutig eine deutliche Besserung bewirkt, auch wenn die Hospitalisation 2014 zumindest eine gewisse Beruhigung ergeben habe. Der

behandelnde Psychiater Dr. med. J. ___ meine, dass eine Beruhigung eingetreten sei, könne aber das aktuelle Zustandsbild nicht erklären. Der Beschwerdeführer wirke aktuell nicht schwer depressiv, dies werde auch in den Unterlagen entsprechend beschrieben. Es sei zwar anzunehmen, dass er immer wieder mit Verstimmungszuständen kämpfe, teilweise in stärkerem Ausmass, manchmal auch weniger, welche aber vorwiegend einen reaktiven Charakter hätten und nicht als eigenständige Störung interpretiert werden könnten. Es sei nicht auszuschliessen, dass eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis vorliege, auch wenn diese Diagnose nicht eindeutig bestätigt werden könne. Zumindest wirke sich die Störung heute ähnlich aus, wie es bei einer derartigen Störung oft vorzufinden sei, wobei eher eine Persönlichkeitsänderung in Betracht gezogen werden müsse, welche diesen Zustand besser in der Gesamtheit begründen könne. Eine primäre Persönlichkeitsstörung könne nicht angenommen werden. Hinweise darauf, dass eine allfällige Suchtstörung diesen Zustand erklären könnte, liessen sich ebenfalls nicht finden. Eine bipolare Störung könne heute auch nicht bestätigt werden und anderweitige psychiatrische Störungen schienen ebenfalls keine wesentliche Rolle zu spielen. Es könne angenommen werden, dass primär eine bipolare Störung vorgelegen habe, wobei heute die bipolaren Symptome nicht mehr gefunden werden könnten, auch müsste erwartet werden, dass zwischen den Phasen ein Zustand erreicht werden könne, wo der Explorand unauffällig wäre, was aber nie mehr in genügendem Ausmass habe beobachtet werden können. Der Beschwerdeführer sei im Alltag massiv beeinträchtigt. Er benötige die Hilfe der Familie, er sei sozial nicht verträglich und nicht in der Lage, seinen Alltag genügend zu gestalten, so dass er auch kaum in einem freien Betrieb in der Wirtschaft tragbar wäre, da innerhalb kurzer Zeit mit massiven zwischenmenschlichen Problemen zu rechnen sei. Er sei auch in keiner Weise belastbar. Es fänden sich keine Hinweise auf eine Aggravation oder ähnliche Erscheinung. Der Beschwerdeführer wirke in den Untersuchungen jeweils ähnlich, die heutigen Befunde deckten sich mit den Angaben in den Unterlagen, es bestünden auch insofern keine Inkongruenzen. Die Auswirkung mache sich sowohl im privaten wie auch in jeglichem anderem Bereich bemerkbar, im zwischenmenschlichen Bereich habe der Beschwerdeführer ebenfalls grosse Schwierigkeiten. Obwohl der Beschwerdeführer dauerhaft eine Behandlung durchführe, auch die Medikation offensichtlich kooperativ einnehme und auch teilweise hospitalisiert werde, habe bisher keine genügende Stabilisierung erreicht werden können, was ebenfalls auf eine schwerwiegende psychische Störung hindeute. Insgesamt könne daher die Beurteilung von Dr. med. E. ___ nicht übernommen werden, wonach von einer remittierten Störung auszugehen sei und dadurch eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe.

Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nennt der Gerichtsgutachter Dr. med. I. ___ eine andauernde Persönlichkeitsänderung (ICD-10 F62.1), mit der Differentialdiagnose des Verdachts auf eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10 F20.0), sowie eine rezidivierende depressive Störung, aktuell leichtgradig (ICD-10 F33.0). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnt der Gutachter einen Benzodiazepinabusus (ICD-10 F13.2), einen Status nach möglicher bipolarer affektiver Störung und einen Status nach Spielsucht. Zur Arbeitsfähigkeit führt er aus, der Beschwerdeführer sei nicht in der Lage, konsequent eine Arbeit verlässlich durchzuführen und eine entsprechende Leistung abzuliefern, es fehle ihm an Durchhaltefähigkeit, er sei kognitiv stark beeinträchtigt, in keiner Weise belastbar, es sei auch mit zwischenmenschlichen Problemen und aggressiven Durchbrüchen zu rechnen. Es bestünden nur geringfügige Ressourcen, die er ausnützen könnte, aufgrund seiner

psychischen Störung vermöge er diese nicht genügend umzusetzen. In der freien Wirtschaft dürfte kein Arbeitsplatz vorhanden sein, wo der Beschwerdeführer auch nur eine geringe genügende Leistung erbringen könnte. Theoretisch benötige er eine sehr verständnisvolle Arbeitsumgebung mit therapeutischem Charakter, wo auch Rücksicht auf seinen wechselhaften Zustand genommen werden könne, was wahrscheinlich nicht einmal in einem geschützten Betrieb möglich wäre. Im Vordergrund müsste stehen, dass eine Tätigkeit Beschäftigungscharakter habe, ohne eine wesentliche Leistung fordern zu können, wo der Beschwerdeführer bei Bedarf auch den Arbeitsplatz verlassen könne und je nach Zustand auch nicht erscheinen müsse.

E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 2.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). 3.

E. 3

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die ihm im Zusammenhang mit dem Gutachten von Dr. med. G. ___ vom 13. Oktober 2014 und dessen ergänzenden Stellungnahme vom 7. April 2015 entstandenen Kosten im Betrage von CHF 8'000.00 und CHF 1'800.00 zu ersetzen.

E. 3.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205). 3.2 Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung ist die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff., 130 V 71 E. 3 S. 73 ff.). Die ganze Rente wurde dem Beschwerdeführer mit der Verfügung vom 26. Juni 2003 (IV-Nr. 18) zugesprochen. Das Revisionsverfahren, welches zur Bestätigung der ganzen Rente durch die Mitteilung vom 8. September 2005 (IV-Nr. 31) führte, umfasste eine psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers in den Psychiatrischen Diensten [...] (Gutachten vom 12. August 2005) und beruhte somit auf

einer umfassenden Abklärung der relevanten Aspekte. Die in den Folgejahren durchgeführten Revisionsverfahren (E. I. 3 hiervor) beinhalteten dagegen keine umfassenden Abklärungen. Demnach ist der Sachverhalt bei Erlass der angefochtenen Revisionsverfügung vom 27. Februar 2015 mit demjenigen zu vergleichen, welcher der Mitteilung vom 8. September 2005 zu Grunde lag (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3 bis 7 mit Hinweisen und 8C_493/2011 vom 23. November 2011 E. 4.1). 4. 4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen). 4.2 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232).

E. 4

Dem unterzeichneten Rechtsanwalt sei eine Frist von 14 Tagen einzuräumen, um die Beschwerde unter Berücksichtigung der erst vor wenigen Tagen eingegangenen Stellungnahme von Dr. med. G. ___ vom 7. April 2015 zu ergänzen.

E. 4.3

Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt – über die vorstehenden Grundsätze hinaus - wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema einer erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232), mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.2). Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche

faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben (Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.3 mit weiteren Hinweisen).

4.4 Den durch den Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227; 135 V 465 E. 4.4 S. 470; 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

4.5 Auch ein Parteigutachten enthält Äusserungen eines Sachverständigen, welche zur Feststellung eines medizinischen Sachverhalts beweismässig beitragen können. Daraus folgt indessen nicht, dass ein solches Gutachten den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder von einem Versicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten besitzt. Es verpflichtet indessen - wie jede substantiiert vorgetragene Einwendung gegen ein solches Gutachten - den Richter, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen des vom Versicherungsträger förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 125 V 351 E. 3c S. 354).

4.6 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab (BGE 135 V 465 E. 4 S. 469 mit Hinweisen). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f. mit Hinweisen).

5. Der medizinische Sachverhalt im Zeitpunkt der Mitteilung vom 8. September 2005 präsentierte sich, soweit hier relevant, zusammengefasst wie folgt:

5.1 Der behandelnde Psychiater Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 8. Februar 2003 (IV-Nr. 11) eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F31.5). Er attestierte dem Beschwerdeführer eine seit 23. Juni 2001 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. Zur Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten hielt Dr. med. J.____ fest, aus psychiatrischer Sicht könne der Beschwerdeführer viele Tätigkeiten ausüben, sobald eine Stabilisierung in seinem psychischen Zustand erreicht sei. In seinem Bericht vom 24. Dezember 2004 (IV-Nr. 23) diagnostizierte Dr. med. J.____ eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.30). Er ging nunmehr von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten aus. Zur Therapie führte er aus, er habe den Beschwerdeführer für eine stationäre Veränderung der Medikamente in die Psychiatrischen Dienste [...] eingewiesen. Die angestrebte Anpassung der Medikation habe dort jedoch nicht erreicht werden können. Die psychotischen Symptome seien zurückgegangen. Der Beschwerdeführer versuche Kontakte aufzubauen, jedoch noch ohne Erfolg. Die Medikamentenveränderung (Lithium-Therapie) sei nicht realisiert worden.

5.2 Vom 14. bis 21. April 2004 war der Beschwerdeführer bei den Psychiatrischen Diensten [...] hospitalisiert. Der Austrittsbericht (IV-Nr. 24 S. 12 ff.) nennt als Diagnosen ein Abhängigkeitssyndrom mit ständigem Substanzgebrauch von Benzodiazepinen und Analgetika (ICD-10 F13.25/F55.2), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), eine psychosoziale Belastungssituation (Paarkonflikt, Verschuldung, ICD-10 Z63.0/Z59), einen Verdacht auf Agoraphobie (ICD-10 F40.0) sowie eine chronische Cephalaea (DD: Analgetika-induziert). Die Einweisung sei durch Dr. med. J.____ zur stationären Medikamenten-Umstellung auf Lithium bei bipolarer Störung erfolgt. Durch Vorgeschichte und Verlauf habe sich als führendes psychiatrisches Problem die langjährige Benzodiazepin- und Analgetika-Einnahme abgezeichnet. Der Beschwerdeführer sei deshalb über eine Entzugsbehandlung aufgeklärt worden, die er aber letztendlich nicht gewünscht habe. Die Diagnose einer bipolaren Störung habe sich aufgrund der Unterlagen und der Exploration nicht erhärtet, so dass auch die gewünschte Einstellung mit Lithium nicht habe vorgenommen werden können.

5.3 Aus dem psychiatrischen Gutachten der Psychiatrischen Dienste [...] vom 12. August 2005 (IV-Nr. 25) geht im Wesentlichen hervor, diagnostisch bestehe eine seit vier Jahren eher zunehmende depressive Entwicklung im Sinne einer anhaltenden depressiven Störung mit einem Ausprägungsgrad im Bereich einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode (ICD-10 F33.1/33.2). Im Rahmen der Hospitalisationen sei sogar über Phasen mit psychotischen Symptomen berichtet worden. Der Explorand zeige dabei verschiedene typische depressive Symptome wie seit Monaten anhaltende Müdigkeit und Antriebsarmut. Für ihn stelle jede Handlung eine grosse Anstrengung dar, und er müsse sich für alles überwinden. Er zeige an nichts mehr Interesse, sei freudlos und dauernd gereizt sowie dysphorisch. Er grüble viel, schlafe schlecht und fühle sich unzulänglich, komme aber mit den General-Anforderungen des täglichen Lebens knapp zurecht. Für eine bipolare affektive Störung, wie sie als Diagnose auch schon gestellt worden sei, fehlten deutliche Hinweise. Insbesondere hätten Episoden mit gehobener Stimmung weder während der bisherigen Hospitalisationen noch bei der aktuellen Begutachtung nachgewiesen werden können. Ein Drogenabusus sei nicht nachweisbar. Der Sachverhalt könne stattdessen am ehesten dahin gedeutet werden, dass leichte histrionische Persönlichkeitszüge vorliegen könnten. Prognostisch als sehr ungünstiger Faktor zu werten sei, dass sich die Krankheit des Patienten über lange Jahre zunehmend entwickelt und mittlerweile stark chronifiziert habe. Eine Umkehr dieser Entwicklung mit Erholung des Exploranden bis hin zu einer verwertbaren Arbeitsfähigkeit sei unwahrscheinlich. Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, aufgrund der festgestellten Störung erscheine der Explorand auf der psychisch-geistigen Ebene aktuell weiterhin zu mindestens 70 % arbeitsunfähig. Auf der rein körperlichen Ebene ergäben sich keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, allerdings könnten die Ebenen nicht wirklich so scharf getrennt werden und es bestehe bei depressiven Störungen eine deutlich erhöhte psycho-physische Ermüdbarkeit. Aufgrund der festgestellten Störungen und der bisherigen Erfahrungen am Arbeitsplatz wäre der Patient mit seiner eingeschränkten Leistungsfähigkeit sowie dem fehlenden Antrieb bei mangelnder Konzentrationsfähigkeit und erhöhter Reizbarkeit völlig überfordert. Aufgrund des Störungsbildes seien keine Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für Selbst- und Fremdgefährdung vorhanden, wie sie, wegen fehlender Konzentration und mangelnder Impulskontrolle, durch einen Arbeitsunfall resultieren könnten. Rehabilitationsmassnahmen seien nicht sinnvoll, da die Arbeitsfähigkeit bei der Schwere der Erkrankung und des bisherigen Verlaufs als nicht wiederherstellbar zu bewerten sei. Die Eingliederungsfähigkeit sei nicht gegeben

(IV-Nr. 25). 6. Im weiteren Verlauf wurden insbesondere die folgenden medizinischen Berichte erstattet: 6.1 In Verlaufsberichten vom 9. November 2008 (IV-Nr. 36) und 16. März 2010 (IV-Nr. 43) erklärte Dr. med. J.____, der Gesundheitszustand sei stationär und die Diagnose unverändert. Wegen Konzentrationsschwierigkeiten, innerer Unruhe, schneller Reizbarkeit sowie Wahnideen (IV-Nr. 36) respektive Konzentrationsschwierigkeiten, paranoider Wahnideen, schneller Reizbarkeit, perseverierend, innerer Unruhe und Schlafschwierigkeiten (IV-Nr. 43) bestehe weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. In seinem Verlaufsbericht vom 19. Mai 2013 (IV-Nr. 49) führte der behandelnde Psychiater aus, der Gesundheitszustand sei stationär und die Diagnose habe sich nicht verändert. Der Patient leide unter Konzentrationsschwierigkeiten, paranoiden Wahnideen, schneller Reizbarkeit, perseverierend, innerer Unruhe und Schlafschwierigkeiten. Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem Jahr 2004. Der Patient komme immer noch regelmässig einmal pro Monat zu seinen Terminen. Seine gute Motivation und Kooperation seien immer noch vorhanden. Er bekomme immer noch dieselben Medikamente. Er fühle sich nirgendwo wohl. Besonders könne er mit anderen Personen nicht zusammen sein. Er habe noch immer Probleme mit seinen Kindern. Die Prognose sei eher negativ. 6.2 Der Hausarzt Dr. med. K.____, Allgemeinmedizin FMH, stellte in seinem Arztbericht vom 14. Juni 2013 (IV-Nr. 52) folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: «Anhaltende affektive Störung (ICD-10 F34.1)». Im Weiteren gab er an, als Hilfsarbeiter bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 21. Juni 2001 bis auf weiteres. Der Gesundheitszustand sei stationär. Der Patient stehe bei ihm in Behandlung und komme ein- bis zweimal pro Jahr wegen diffuser, vor allem gastrointestinaler Beschwerden. Für die Behandlung der Depression oder Beurteilung stehe man zu wenig mit ihm in Kontakt (IV-Nr. 52). 6.3 Gemäss dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten von Dr. med. E.____ vom 3. Januar 2014 (IV-Nr. 54) wurde der Explorand am 29. Oktober 2013 mithilfe eines Dolmetschers untersucht. Die Diagnose lautete wie folgt: «Dysthymia (F34.1) bei depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (F32.4/33.4), bei akzentuierten (narzisstisch, emotional expressiv/histrionisch) Persönlichkeitszügen (Z73.1) und bei unregelmässigem Konsum von ärztlich verordneten Benzodiazepinen sowie von Tabak und Alkohol». Unter dem Titel «Beurteilung und Prognose» wurde im Wesentlichen angegeben, zusammenfassend begründeten im Fall des Exploranden eine Dysthymia und die damit verbundenen geringen objektivierbaren Defizite aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht keine relevante (mehr als 20 % von 100 %) längerfristige Arbeitsunfähigkeit. Diese Einschätzung sei für jede Form von Tätigkeit (angestammt, angepasst, Haushalt) anzunehmen. Die in den Akten attestierte depressive Episode sei remittiert. Das ängstlich-depressive Syndrom bei körperlichen Missempfindungen und pedantischer Grundhaltung (sowie die Verärgerung über ein allfällig erlittenes Unrecht) seien objektiv nicht von erheblicher Schwere, Intensität und Ausprägung. Der Explorand nehme – wenn auch subjektiv deutlich eingeschränkt – am sozialen Leben teil (bspw. Haushalts- und Gartenarbeiten, Verwandte und Kollegen treffen, Reisen unternehmen). Ein therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer Konfliktbewältigung könne aus fachärztlicher (rein psychiatrisch-psychotherapeutischer) Sicht nicht vermutet werden, nachdem es zumindest zu einer Remission der depressiven Episode gekommen sei. Im Weiteren wurde ausgeführt, im Fall des Exploranden seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht auch keine besonderen Hinweise vorhanden, die schwere anhaltende Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine

Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten (bspw. durch krankheitsbedingt fehlende Ressourcen). Die bekannten akzentuierten Persönlichkeitszüge stellten Varianten der Norm im Sinne von Eigenheiten der Person dar, die von sich aus alleine keinen Krankheitswert hätten (im Gegensatz zu Persönlichkeitsstörungen). Persönlichkeitszüge begründeten zunächst auch keine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte. Auch der vom Exploranden beschriebene unregelmässige Konsum von ärztlich verordneten Benzodiazepinen sowie von Tabak und Alkohol sei im Ausmass als gering einzuordnen. Eine anhaltende relevante (mehr als 20 % von 100 %) Minderung der Leistungsfähigkeit sei aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Und schliesslich sei das (angeblich pathologische) Spielverhalten des Exploranden in der Zeit bis 1995 oder (fraglich) 2002 zwar therapeutisch beachtenswert, jedoch versicherungsmedizinisch gegenwärtig nicht relevant. Die vom Exploranden genannte «Spielabstinenz» könne als Beleg für zumindest angemessene innerseelische Ressourcen gewertet werden. Dem Exploranden sei aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht eine Willensanspannung zur Überwindung seiner v.a. im rein Subjektiven verbleibenden Beschwerden medizinisch zumutbar und tatsächlich möglich. Eine Minderung der Leistungsfähigkeit mit mehr als 20 % (von 100 %) lasse sich für keine bisher in der Schweiz ausgeübte Tätigkeit und/oder Arbeiten im Haushalt begründen. Die hierzu widersprüchliche Einschätzung des betreuenden Psychiaters erkläre sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch ein sehr engagiertes Arzt-Patient-Verhältnis im Zusammenhang mit einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell. Dr. med. E. ___ führte im Weiteren aus, beim Verlauf der Störung des Exploranden seien neben einer Verdeutlichungstendenz auch psychosoziale Faktoren zu benennen, bspw. Herkunft, Migration, einfache Schulbildung, fehlender Berufsabschluss, Lebensalter, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, langjähriger Rentenbezug, finanzielle Sorgen/Schulden, Heimweh und mangelhafte Deutschkenntnisse. Diese krankheitsfremden Gesichtspunkte hätten vor allem therapeutische Relevanz und gingen nicht (weder positiv noch negativ) in die Beurteilung einer medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht mit ein. Sie stünden gegenwärtig weit überwiegend im Vordergrund bei der subjektiven Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit durch den Exploranden. Für die Zeit zwischen August 2005 und Oktober 2013 lägen keine (fach-)ärztlichen Beurteilungen vor, die auch bei sehr wohlwollender Haltung fachlich ausreichend kritisch nachvollziehbar seien. Die Beurteilungen des Hausarztes Dr. med. K. ___ und des Psychiaters Dr. med. J. ___ seien pauschal und nur mit sehr spärlichen objektiven Befunden begründet. Der Hausarzt empfehle ab 20. Oktober 2009 ausserdem ausdrücklich eine psychiatrische Abklärung. Im Bericht vom 14. Juni 2013 werde von ihm ebenfalls eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) attestiert. Der Psychiater stelle regelmässig bis zum Zeitpunkt dieser Begutachtung einen stationären Gesundheitszustand fest. Er referiere die subjektiven Beschwerden des Exploranden. Objektive psychopathologische Befunde würden jedoch nicht differenziert ausgewiesen. Seine Beurteilungen seien jeweils nicht nachvollziehbar und könnten somit auch nicht kritisch diskutiert werden. Im Vergleich zum Gutachten der Psychiatrischen Dienste [...] vom 12. August 2005 (Dr. med. D. ___ und med. pract. C. ___) sei von einer objektiv wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustands auszugehen (Remission der depressiven Episode). Zur Frage, seit wann eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bestehe, sei auf das Gutachten vom 12. August 2005 zu verweisen. Für die Zeit zwischen August 2005 und Oktober 2013 seien keine (fach-)ärztlichen

Beurteilungen vorhanden, die auch bei sehr wohlwollender Haltung fachlich ausreichend kritisch nachvollziehbar seien. Somit seien keine Schätzungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit möglich, ab wann genau von der im vorliegenden Gutachten erläuterten Beurteilung ausgegangen werden könne. Sie sei sicher ab Datum der aktuellen Untersuchung (29. Oktober 2013) anzunehmen (IV-Nr. 57.1).

6.4 Dr. med. J.____ hielt in seinem Bericht vom 27. Januar 2014 (IV-Nr. 60) fest, der Beschwerdeführer leide immer noch unter der gleichen Diagnosen. Es bestehe eine bipolare affektive Störung. Aus psychiatrischer Sicht sei er zu 100 % arbeitsunfähig. Nach einer Konsultation vom 17. Januar 2014 habe der Patient mitgeteilt, dass er am Tag der Begutachtung bei Dr. med. E.____ vier Temesta (je 1 mg) zu sich genommen habe, damit er ruhig sein könne. Dies könne sehr gut erklären, warum Dr. med. E.____ nicht mehr den realen psychischen Zustand des Patienten habe feststellen und die richtige Diagnose angeben können. Ausserdem habe der Beschwerdeführer nach ca. zweistündigem Gespräch mit dem Gutachter einen Test durchführen müssen, obwohl er sehr unter Druck gestanden sei. Man habe nicht toleriert, dass er ohne Pause nicht mehr weitermachen könne. Man habe insistiert, diesen Test zu beenden. Dann habe er die Antworten so schnell als möglich gegeben, ohne die Fragen wirklich zu verstehen (IV-Nr. 60).

6.5 Am 16. Mai 2014 wurde der Beschwerdeführer durch Dr. med. J.____ notfallmässig in stationäre Behandlung in die Psychiatrische Klinik [...] eingewiesen. Zur Beurteilung wurde angegeben, es bestehe eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode mit psychotischem Syndrom, Benzodiazepinabhängigkeit, Analgetika-Missbrauch bei Verdacht auf Analgetika-induzierte Kopfschmerzen und ein Verdacht auf narzisstische oder kombinierte Persönlichkeitsstörung (IV-Nr. 67 S. 4 f.).

6.6 Aus dem Bericht der Psychiatrischen Dienste [...] (Dr. med. L.____, Oberarzt; lic. phil. M.____, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP) vom 5. August 2014 (IV-Nr. 71) über die stationäre Behandlung vom 16. Mai bis 26. Juli 2014 gehen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hervor: «Bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode (ICD-10 F31.6) mit/bei Zwangsgedanken, überwertigen Ideen, CT Neurokranium 2001: Bland; V.a. obstruktives Schlafapnoesyndrom mit/bei Tagesmüdigkeit, beschriebene nächtliche Schreckreaktionen, morgendliche Kopfschmerzen, Rhonchopathie bei Adipositas, geplante OSAS-Abklärung Pneumologie, [...] am 08.08.2014; Verdacht auf Analgetika-fixierte Cephalgie, Status nach schädlichem Gebrauch von Analgetika (insbesondere Paracetamol), gegenwärtig Einnahme von 500 bis 1000 mg täglich». Die weiteren Diagnosen (anamnestisch Laktose-Intoleranz; Status nach langjähriger Low dose-Benzodiazepin-Abhängigkeit, gegenwärtige Einnahme ca. 5 x wöchentlich 1 bis 2 mg Temesta; Persönlichkeitsakzentuierung [ICD-10 Z71.3]; arterielle Hypertonie, rezidivierende hypertensive Krisen) haben nach den ärztlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Arbeitsunfähigkeit wurde mit 100 % angegeben und der Gesundheitszustand als stationär eingestuft. Im Weiteren wurde angegeben, seit dem letzten Klinikaustritt im April 2004 sei der Patient weiterhin in ambulanter Behandlung bei Dr. med. J.____ gewesen. Mit der IV-Rente (100 % seit Juni 2002) und der Unterstützung zu Hause durch die Ehefrau und die Söhne sei er recht stabil gewesen und habe keine stationäre Behandlung mehr benötigt. Der Patient habe zwei Monate vor dem Eintritt einen IV-Vorbescheid erhalten, worin ihm in Aussicht gestellt worden sei, dass seine Rente per Ende Juni 2014 aufgehoben werde. Seine Ehefrau verliere zudem Ende 2014 ihre Anstellung. Er sei deshalb in grosser Sorge um das familiäre Einkommen, verspüre Ohnmacht und Angst. Er fühle sich seit dem Jahr 2000 nicht mehr arbeitsfähig; er könne

nicht verstehen, weshalb man davon ausgehe, dass er nach 14 Jahren Krankheit nun plötzlich arbeitsfähig sein solle. Er werfe sich ohnehin vor, damals wegen des Geldes bei der Firma [...] mit giftigen Stoffen gearbeitet zu haben und deswegen krank geworden zu sein. Er beklage seit dem Vorbescheid eine Verschlechterung der Stimmung, wieder auftretende suizidale Gedanken, vermehrte zwanghafte Gedanken und Grübeleien rund um seine Sorgen über seine Lebenssituation. Er leide insbesondere wieder mehr unter zwanghaften Gedanken (Maschinen, Fabriken, Raketen und Bomben bauen, um die Galaxie zu zerstören), die ihm seit dem Jahr 2000 ohne Unterbruch zusetzten. Auch Stimmen seien in seinem Kopf, die ihn schon aufgefordert hätten, in den Tod zu gehen (zwei Suizidversuche 2008 und 2011). Die Suizidalität sei im Verlauf der letzten Jahre nicht durchgängig gewesen. Die suizidalen Gedanken seien jetzt wieder sehr präsent, ängstigten ihn, denn er dürfe nicht freiwillig in den Tod gehen, das verbiete ihm seine Religion. Er ertrage es nicht, in einer Gruppe Leute hinter sich zu wissen. Schwierig sei auch sein schlechter Schlaf. Er habe schon über Jahre Mühe mit dem Einschlafen. Er stehe nachts oft auf und gehe in den Räumen umher. Seit einigen Wochen habe sich das nächtliche Wachsein und Grübeln nochmals verstärkt, was in der Familie für Unruhe Sorge, da er dabei Lärm mache. Er schnarche zudem sehr laut. Man habe bei ihm nächtliche Atemstillstände festgestellt. Er fühle sich tagsüber ohne Ausnahme sehr müde und schläfrig. Wegen der Gedanken und der hohen Anspannung, teils mit Kopfschmerzen, nehme er aktuell beinahe täglich Temesta (2 bis 6 mg) sowie Dafalgan (0.2 bis 2 g). Das sei das einzige, was nütze. Der ihn zum Eintritt begleitende Sohn bestätige eine deutliche Zustandsverschlechterung seit dem IV-Vorbescheid. Täglich träten beim Patienten Affektausbrüche auf und dieser terrorisiere die Familienangehörigen. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, es seien anhaltende invalidisierende psychische Symptome (Kompromittierung der Zirkadianik, massive formale Denkstörung, Affektinstabilität, Suizidalität, vegetatives Syndrom etc.) vorhanden. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zuzumuten. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz könne nicht verbessert werden. Dem Patienten seien auch keine anderen Tätigkeiten zuzumuten. Es bestehe eine chronifizierte, multimodale psychiatrische Störung, komplizierend seien zusätzlich somatische Faktoren (insbesondere bei Cephalea, Schwindel, Verdacht auf OSAS etc.). Ein erneuter Integrationsversuch im ersten Arbeitsmarkt sei nach 12 Jahren begründeter Rente sowie persistierender Arbeitsunfähigkeit aktuell wenig aussichtsreich (IV-Nr. 71). 6.7 Dem Bericht des [...], Interdisziplinäres Schlafmedizinisches Zentrum, vom 27. August 2014 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer die nächtliche Überdrucktherapie am 13. August 2014 abgebrochen und das Gerät der Lungenliga zurückgebracht habe. Dieser aus der psychiatrischen Klinik zugewiesene Patient mit bipolarer Störung und langjähriger Benzodiazepin-/Analgetikumabhängigkeit toleriere die nächtliche Überdrucktherapie offenbar nicht. Er habe angegeben, die Behandlung stresse ihn zu sehr. Es sei versucht worden, ihm eine andere Maske anzupassen, was er mit starkem Schwitzen beantwortet habe. Der Beschwerdeführer habe deshalb beschlossen, keine weiteren Therapieversuche mehr zu unternehmen und die Verzichtserklärung zu unterschreiben. Offensichtlich stehe die psychiatrische Grundproblematik im Vordergrund (IV-Nr. 80 S. 2 f.; vgl. auch Bericht vom 3. Oktober 2014 [IV-Nr. 82 S. 1]). 6.8 Dem durch den Beschwerdeführer eingeholten versicherungspsychiatrischen Parteigutachten von Dr. med. G. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. Oktober 2014 (IV-Nr. 85 S. 3 ff.) kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer am 26. September 2014 und am 3. Oktober 2014 mithilfe eines Dolmetschers untersucht wurde. Weiter holte der Gutachter Angaben

zweier Söhne des Beschwerdeführers ein (die in der Einleitung überdies erwähnten Angaben der Ehefrau sind nicht aktenkundig; allenfalls nimmt der Gutachter auf eine Auskunft Bezug, welcher ein Sohn telefonisch einholte, vgl. Gutachten S. 13). Es wurden folgende psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «Chronifizierte paranoide Schizophrenie, ICD-10, F20.0, Beginn ab 1991, spezifisch ab 1995, Dekompensation ab 2001 mit dialogischen Stimmen, Verfolgungsideen, Grössenideen, sozialer Desintegration». Den weiteren Diagnosen (diverse Phobien [Höhenangst, Schlangenangst], St.n. Spielsucht 1980 - 1995) misst der Gutachter keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei. Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung führte er aus, die Arbeitsfähigkeit werde durch eine chronische schizophrene Störung eingeschränkt. Aufgrund dieser Störung sei der Explorand nicht mehr in der Lage, sich längere Zeit auf Aufgaben zu konzentrieren und mit der nötigen Ausdauer an etwas dran zu bleiben. Er sei im zwischenmenschlichen Kontakt eingeschränkt und nicht in der Lage, Beziehungen z.B. zu Vorgesetzten, Kollegen oder Kunden adäquat zu gestalten. Er sei sehr vergesslich, was im häuslichen Bereich bereits zu gefährlichen Situationen geführt habe. Im Arbeitsbereich liege hier ein erhöhtes Risiko für Selbst- und Fremdgefährdung vor. Aufgrund der Geisteskrankheit fehlten dem Exploranden Motivation und Wille, um Aufgaben anzupacken, und umgekehrt die innere Ruhe, um an etwas dranzubleiben. Aus dem Quervergleich der aus den Alltagsaktivitäten ableitbaren Fähigkeiten ergebe sich keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr, weder in der angestammten noch in optimal angepassten Tätigkeiten. Der Explorand sei seit vielen Jahren mit ausreichend dosierten Antipsychotika behandelt worden, ohne eine volle Remission zu erreichen. Die eingesetzten Antipsychotika wie Risperdal und Seroquel seien Mittel der Wahl bei Schizophrenien. Insofern könnten keine Massnahmen genannt werden, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer rententanzierenden Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führten. Ebenso wenig seien berufliche Massnahmen zu nennen, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer rententanzierenden Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führten. Die Arbeitsunfähigkeit sei vor allem auf ein psychisches Leiden mit Krankheitswert zurückzuführen. Die psychiatrischen Kollegen, angefangen beim behandelnden Psychiater Dr. med. J. ___ über die Klinikärzte der ersten Hospitalisation und dem ersten Gutachten im Jahr 2005 bis zur aktuellen Einschätzung der Psychiatrischen Klinik [...], seien jeweils von einer bipolaren Störung bzw. Depression oder psychotischen Depression ausgegangen. Eine manische Phase mit ihren typischen Symptomen lasse sich aber weder beim Exploranden noch seinen Angehörigen erfragen noch finde man in den Akten entsprechende Angaben. Insofern lasse sich die Diagnose einer bipolaren Störung nicht erhärten. Umgekehrt werde die Diagnose einer Schizophrenie trotz Grössenideen und akustischen Halluzinationen nie ernsthaft erwogen, obwohl dialogische Stimmen in den Berichten beschrieben worden seien. Psychotische Symptome seien teilweise der schweren Depression zugeordnet worden. Diese Einordnung sei aber fragwürdig, weil psychotische Symptome im Rahmen eines depressiven Syndroms nur während schwergradigen Episoden auftreten würden. Bei teilweiser Remission der Depression, z.B. während einer leichtgradigen Phase, sollten keine psychotischen Symptome mehr vorhanden sein. Beim Exploranden persistierten die überwertigen Ideen und dialogischen Stimmen aber auch in Phasen leichter Depressivität, was eine andere diagnostische Einordnung psychotischer Symptome nötig mache. Wenn man, entsprechend den Leitlinien zur psychiatrischen Begutachtung, systematisch arbeite, d.h. einen umfassenden Befund erhebe und dann alle in Frage kommenden Diagnosen anhand der massgeblichen ICD-Kriterien überprüfe, komme man zwingend zur Diagnose

einer Schizophrenie. Eine andere Möglichkeit gebe es nicht, es sei denn, man unterstelle dem Exploranden, die dialogischen Stimmen zu simulieren. Dies sei aber unwahrscheinlich. Hiergegen sprächen die Fremdanamnese und der hohe Leidensdruck im System. Der Explorand müsste nicht nur den Gutachtern gegenüber simulieren, sondern auch seit über zehn Jahren gegenüber der eigenen Familie. Der von Dr. med. E.____ erhobene Befund sei viel zu kurz. Formulierungen wie «keine Hinweise auf» implizierten, dass der Explorand nach vielen relevanten Symptomen nicht gefragt worden sei (insbesondere nicht agoraphobische Ängste, Grössenideen, Halluzinationen). Dass dies nicht gemacht worden sei, irritiere auch deshalb, weil in den Akten entsprechende Hinweise zu finden seien. Diagnostisch sei dies fatal, da so wichtige Symptome und erfüllte ICD-Kriterien verpasst würden. Wenn man die einzelnen Items des MADRS anschauet, schätze der Gutachter selbst subjektive Kriterien unabhängig von den Angaben des Exploranden ein. Frühere Diagnosen (bipolare Störung, mögliche Agoraphobie) seien weder exploriert noch diskutiert worden, ganz abgesehen davon, dass die in den Akten dokumentierten akustischen Halluzinationen (verstorbene Grosseltern redeten mit ihm) ein schizophrenes Symptom sein könnten und deshalb auch die Diagnose hätte diskutiert werden müssen. Der Gutachter diagnostiziere eine Dysthymie als Folge der vorbestehenden depressiven Störung. Dies sei mit der ICD nicht vereinbar. Restzustände einer Depression seien als solche zu kodieren und nicht als eigenständige Diagnose. Insofern seien die depressiven Symptome, die der Gutachter feststelle, als Restsymptomatik der chronischen bzw. rezidivierenden depressiven Störung F33 einzuordnen. Wenn man noch die Fehleinschätzungen im MADRS dazu nehme, hätte der Gutachter eigentlich mindestens eine leichte bis mittelschwere depressive Störung feststellen müssen. Obwohl der Explorand bei Dr. med. E.____ offensichtlich mehrfach daneben rede, widersprüchliche Angaben zu den bis dato vorliegenden Akten mache (z.B. beim Thema Schulden) und offenbar ohne roten Faden berichte (S. 12/13), unterlasse der Gutachter die Einholung einer Fremdanamnese. Diese sei im Jahr 2005 bei der Ehefrau erhoben worden. Ein Vergleich mit den heutigen Angaben wäre hier sicher aufschlussreich gewesen. In der Diskussion der Akten gehe der Gutachter von einer Verbesserung des Gesundheitszustands aus, ohne diese zu belegen. Dies sei auch nicht möglich, in den Berichten und insbesondere auch den Protokollen der IV-Revisionsgespräche gebe es keine Hinweise auf eine Besserung. Es sei aber nicht der Mangel an aussagekräftigen fachärztlichen Berichten, der die Feststellung einer Besserung verunmögliche, sondern die Fehlannahme, dass unterschiedliche Einschätzungen eines Gesundheitsschadens eine Besserung belegten. Gravierend sei insbesondere die Fehleinschätzung zum sozialen Leben des Exploranden. Hier stütze der Gutachter auf die beschönigenden Angaben des Exploranden zu sozialen Aktivitäten ab und gehe davon aus, dass der Explorand unbeschwert Haushalts- und Gartenarbeiten verrichte, Verwandte und Kollegen treffe und Reisen unternehme. Wie sich diese Bereiche im Detail gestalteten, sei ihm, mangels Fremdanamnese und bei oberflächlicher Fragetechnik, entgangen. Abschliessend führte der Privatgutachter aus, die Prognose sei ungünstig. Der Gesundheitszustand seit der letzten Rentenrevision habe sich nicht verändert. Die Kollegen im Gutachten aus dem Jahr 2005 würden zwar in der diagnostischen Beurteilung vom vorliegenden Gutachten abweichen, insbesondere sei die Diagnose der Schizophrenie verpasst worden. Aber das Ausmass des Gesundheitsschadens, insbesondere seiner Auswirkungen im Alltag, sei damals wie heute ähnlich: Wenn man die fremdanamnestischen Angaben, damals bei der Ehefrau erhoben, mit den heutigen Angaben der beiden Söhne vergleiche, hätten sich die alltagspraktischen und sozialen Einschränkungen wahrscheinlich nicht wesentlich verändert, höchstens noch

leicht verschlechtert. Eine vorübergehende Verschlechterung durch den Entzug der IV-Rente, die auch zur zurückliegenden fast dreimonatigen Hospitalisation geführt habe, sei hier (unter der Annahme, dass sie vorübergehend sei) nicht berücksichtigt. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bestehe seit dem Stellenverlust im Jahr 1999, spätestens seit dem Jahr 2001. Seit 2001 bestehe eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit (IV-Nr. 85).

6.9 In seiner Stellungnahme vom 19. November 2014 (IV-Nr. 89) hielt Dr. med. E.____ im Wesentlichen fest, die Diagnose einer Dysthymia gemäss ICD-10 F34.1 leite sich aus der Vorgeschichte (Angaben in den Akten und von der versicherten Person selbst) sowie den Ergebnissen der Untersuchung vom 29. Oktober 2013 ab, wie es im Gutachten erläutert werde. Der Privatgutachter Dr. med. G.____ bestätige, dass nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer bipolaren affektiven Störung ausgegangen werden könne sowie dass keine gegenwärtig relevante depressive Störung mehr bestehe. Seine abweichende Einschätzung stütze der Privatgutachter allein auf die Aussage des Beschwerdeführers, er leide an akustischen Halluzinationen («dialogische Stimmen»), und ordne diese einer schizophrenen Störung zu, ohne andere mögliche Erklärungen zu prüfen. Auch die ausführliche Erläuterung mit Bezug zu Mini-ICF-APP durch Dr. med. G.____ stütze sich fast vollständig auf die Einschätzungen durch Angehörige ab. Er, Dr. med. E.____, habe den psychopathologischen Befund orientiert an AMDP erhoben und dokumentiert. Es seien alle Funktionsbereiche vollständig erfragt, beobachtet und eingeschätzt worden. Zur sozialen Aktivität der versicherten Person sei weiterhin an der Einschätzung im Gutachten festzuhalten, dass diese zwar aus Sicht der Angehörigen und der versicherten Person selbst deutlich eingeschränkt, jedoch objektiv weiterhin vorhanden sei.

6.10 Der RAD-Arzt, Dr. med. H.____ äusserte sich in seiner Stellungnahme vom 23. Dezember 2014 dahingehend, Dr. med. E.____ begründe nachvollziehbar, weshalb er an seiner Beurteilung im Gutachten festhalte und weshalb insbesondere die Diagnose eine paranoiden Schizophrenie, wie sie Dr. med. G.____ gestellt habe, nicht nachvollziehbar sei. Die in den Berichten der Psychiatrischen Klinik geltend gemachte Verschlechterung des psychischen Zustandes des Versicherten infolge der Rentenaufhebung werde einleuchtend als auf dem Boden des dysthymen Syndroms entstandene persönliche Krisensituation interpretiert. Es seien keine neuen medizinischen Aspekte eingebracht worden, welche weiter abzuklären seien (IV-Nr. 91).

6.11 Der Privatgutachter Dr. med. G.____ legt in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 7. April 2015 (IV-Nr. 96 S. 27 ff.) im Wesentlichen dar, warum er seine Vorgehensweise, die auf einem expliziten Erfragen möglicher Befunde basiert, für richtig und diejenige des Administrativgutachters Dr. med. E.____ für unzureichend hält. Weiter hält er fest, sein Vorgehen bei der Diagnosestellung ergebe sich aus der inneren Logik der ICD-10.

6.12 Der durch das Gericht eingesetzte psychiatrische Gutachter Dr. med. I.____ stützt sich in seinem Gutachten vom 15. August 2016 (A.S. 61 ff.) auf die Vorakten und eine Exploration vom 5. Juli 2016, welche mithilfe einer Dolmetscherin durchgeführt wurde. Weiter führte er ein Telefongespräch mit dem behandelnden Psychiater Dr. med. J.____ und mit dem Sohn N.____, der den Beschwerdeführer zur Untersuchung begleitet hatte. In der Beurteilung führt der Gerichtsgutachter aus, es falle auf, dass sich der Beschwerdeführer trotz langjährigen Aufenthalts in der Schweiz und mehrjähriger Therapieerfahrung nur relativ schlecht mitteilen könne. Er scheine auch nur eine geringe Schulbildung aufzuweisen. Der Beschwerdeführer sei jahrelang in Fabriken tätig gewesen und habe das Gefühl, dass er an einer dieser Arbeitsstellen durch Chemikalien vergiftet worden sei. Er sei verheiratet und

habe drei Kinder. Ab ca. 2001 sei ihm eine IV-Rente zugesprochen worden. Er stehe seither auch in dauernder ambulanter psychiatrischer Behandlung. Trotzdem sei es gemäss Angaben der Behandler nie zu einer relevanten Besserung gekommen. Erst 2014 sei anlässlich der gutachterlichen Abklärung durch Dr. med. E. ___ ein remittierter Zustand angenommen und der Beschwerdeführer als wieder arbeitsfähig beurteilt worden. Es sei dann ein Parteigutachten durch Dr. med. G. ___ erstellt worden, wo neu die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie angenommen worden sei, die im Vorfeld nie zur Diskussion gestanden habe und die zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit führe. Bei der Untersuchung falle zunächst auf, dass der Beschwerdeführer offensichtlich nicht in der Lage sei, alleine an den Untersuchungstermin zu erscheinen, und begleitet werden müsse. Weiter falle beim eher mässig gepflegten Exploranden primär eine starke innere Anspannung auf, die sich im Verlauf der Untersuchung etwas bessere. Es zeigten sich deutliche kognitive Schwierigkeiten im Sinne von Merkfähigkeitsstörungen. Der Beschwerdeführer berichte von fraglichen akustischen Halluzinationen, wobei auf Nachfrage nicht klar eruiert werden könne, ob es sich tatsächlich um gehörte Stimmen handle oder um eine Art innere Stimme. Er habe auch schon fraglich optische Halluzinationen erlitten, indem er das Gefühl gehabt habe, eine Wand stürze auf ihn ein. Vom Sohn werde bestätigt, dass der Beschwerdeführer das Gefühl habe, die Autos würden auf ihn zu fahren. Er wirke misstrauisch unter Menschen, indem er es nicht ertrage, wenn andere hinter ihm stünden oder durchgingen. Er sei im Verhalten sehr unstrukturiert, versuche allerdings die anstehenden Fragen zu beantworten, es zeigten sich keine Hinweise auf relevante Denkstörungen. Er berichte von zwanghaftem Gedankenkreisen, was er selbst als sinnlos empfinde, sei allenfalls subdepressiv verstimmt, affektiv aber sehr lebhaft und psychomotorisch teilweise unruhig. Er gebe wechselhafte Zustände an und bestätige, dass er teilweise gereizt und aggressiv reagiere und nicht mit allen Menschen gut zurechtkomme, er sehe selbst ein, dass sein Verhalten teilweise nicht richtig sei. Diese Verhaltensweisen würden durch den begleitenden Sohn auch bestätigt, der auch angebe, dass der Beschwerdeführer tatsächlich schwer ertragbar sei im häuslichen Umfeld und immer wieder Hilfe benötige, die er andererseits aber auch wieder ablehne. Er habe sich in den letzten Jahren komplett verändert, vom ursprünglich sehr hilfsbereiten Menschen zu einem Menschen, der nicht mehr in der Lage sei, anderen zu helfen, und Hilfe benötige. Er sei kaum mehr ertragbar. Die Kinder blieben nur der Mutter zuliebe noch zu Hause, da diese die Situation auch kaum mehr aushalte. Weiter hält der Gerichtsgutachter fest, es lägen mehrere Berichte vor. Von den Psychiatrischen Diensten [...] sei im September 2001 eine schwere depressive Episode angenommen worden, der Beschwerdeführer habe damals hospitalisiert werden müssen. Dr. med. J. ___ habe dann im Februar 2003 eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode, angenommen und weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Im Dezember 2004 habe Dr. med. J. ___ diese Diagnose bestätigt. Anlässlich der gutachterlichen Untersuchung durch die Psychiatrischen Dienste [...] sei dann im August 2005 eine depressive Störung angenommen worden, mit teilweise in der Vergangenheit liegenden psychotischen Symptomen. Die Diagnose einer bipolaren affektiven Störung sei nicht bestätigt worden. Man sei aber von einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70 % ausgegangen. Im weiteren Verlauf gebe Dr. med. J. ___ in den knappen Verlaufsberichten einen gleichbleibenden Zustand an. Diese Berichte seien nicht sehr aussagekräftig, da kein Psychostatus erwähnt werde und die Berichte insgesamt kurz gehalten seien. Dr. med. E. ___ sei im Jahr 2014 anlässlich der gutachterlichen Beurteilung von einer gegenwärtig remittierten depressiven Störung ausgegangen, nehme akzentuierte

Persönlichkeitszüge an und ziehe allenfalls eine Dysthymie in Erwägung. Bezüglich Arbeitsfähigkeit attestiere er keine Einschränkung mehr. Dr. med. J.____ bestätige dann im Januar 2014 weiterhin die Diagnose einer bipolaren affektiven Störung. Von den Psychiatrischen Diensten [...] sei dann im Arztbericht vom August 2014 auch eine bipolare affektive Störung mit Zwangsgedanken angenommen worden und dadurch eine volle Arbeitsunfähigkeit durch Kompromittierung der Zirkadianität, massive formale Denkstörung, Affektinstabilität, Suizidalität, vegetatives Syndrom etc. Dr. med. G.____ gehe dann in seinem Parteigutachten vom 13. Oktober 2014 erstmals von einer paranoiden Schizophrenie aus, wodurch eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehe. Der Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste [...] vom 5. August 2014 sei praktisch identisch mit dem Arztbericht gleichen Datums. Es müsse festgehalten werden, dass schon vor der aus medizinischer Sicht bescheinigten Arbeitsunfähigkeit eine auffällige Entwicklung stattgefunden habe, indem der Beschwerdeführer übermässig Geld verspielt und sich dabei auch hoch verschuldet habe. Eine psychiatrische Behandlung sei dann aufgenommen worden, als er offensichtlich schwer depressiv geworden sei und auch psychotische Gedankengänge festgestellt worden seien. Nicht ganz klar sei, weswegen teilweise eine bipolare affektive Störung angenommen werde, die in den Unterlagen nirgends genügend begründet werde. Auch heute fänden sich keine Hinweise darauf, dass angenommen werden könnte, der Beschwerdeführer weise Phasen auf, in denen er gesichert hyperaktiv mit deutlich gehobener Stimmung mit vermehrtem Antrieb, ausgesprochenem Rededrang und vermindertem Schlafbedürfnis sowie Wegfall der sozialen Hemmungen, aufgeblasener Selbsteinschätzung, Grössenideen und Optimismus gewesen wäre. Die von ihm geklagten zwanghaften Gedankengänge bezüglich kommandierender Galaxie, Flugzeuge bauen oder Gründen einer Bank seien eher als Zwangsgedanken zu interpretieren und nicht als überwertige Ideen. Der Beschwerdeführer realisiere auch diese Gedanken als störend und möchte diesen ja entgehen. In einer Manie würde dagegen versucht, derartige Ideen umzusetzen. Es sei aber denkbar, dass der Beschwerdeführer zeitweise kürzer dauernde Phasen aufgewiesen habe, in denen er möglicherweise weniger geschlafen habe und eher agitiert gewesen sei. Inwieweit es sich dabei tatsächlich um manische Phasen gehandelt habe, könne aufgrund der Beschreibungen allerdings nicht nachvollzogen werden. Diesbezüglich bestehe daher auch Einigkeit mit Dr. med. G.____. Dr. med. J.____ gebe auf telefonische Anfrage aber an, dass zumindest bei Beginn der Behandlung ein zeitweise angetriebener, euphorischer Zustand mit eindeutigen Grössenideen vorhanden gewesen sei, der heute nicht mehr in diesem Ausmass beobachtet werden könne. Es erstaune zudem, dass die Psychiatrischen Dienste [...] primär von einer schweren depressiven Störung ausgegangen seien, dann gemeint hätten, eine solche könne nicht eruiert werden und dann in einem weiteren Bericht 2014 doch davon ausgingen, dass eine bipolare affektive Störung vorliege. Dies deute doch darauf hin, dass das Zustandsbild des Beschwerdeführers schwierig einzustufen sei. Zweifellos träten zeitweise zumindest schwere depressive Verhaltensweisen auf, die allerdings in den letzten Jahren nicht mehr derart im Vordergrund gestanden seien. In den Berichten der letzten Jahre werde eine relevante depressive Störung nie mehr bestätigt, was denn auch der Grund sei, dass Dr. med. E.____ von einer Remission ausgegangen sei. Es falle zudem auf, dass der Beschwerdeführer während der Hospitalisation in [...] von Mai bis Juli 2014 ebenfalls nicht als wesentlich depressiv beurteilt worden sei. Er sei in kompensiertem Zustand ausgetreten und werde sogar als interaktionell umgänglich beschrieben. Eine Tagesmüdigkeit sei im Rahmen der Schlafapnoe-Problematik interpretiert worden. Halluzinationen hätten keine festgestellt

werden können. Es sei aber aufgrund der Diagnose einer bipolaren affektiven Störung eine Lithium-Behandlung begonnen worden, worunter sich eine Stabilität habe erzielen lassen. Eine Lithium-Behandlung könne sich auch stabilisierend auf einen allfälligen depressiven Zustand auswirken und sei nicht nur bei bipolaren affektiven Zuständen wirksam. Es gelte zudem zu beachten, dass auch eine antidepressive und neuroleptische Behandlung durchgeführt werde. Weiter sei zu diskutieren, ob - wie vom Privatgutachter Dr. med. G. ___ angenommen - eine Erkrankung aus dem schizophränen Formenkreis vorliege. Eine Beurteilung sei allerdings sehr schwierig, da mittlerweile schon eine jahrelange Behandlung mit Neuroleptika durchgeführt werde, was allfällige produktive Symptome dämpfen oder gar zum Verschwinden bringen könne. Für eine paranoide Schizophrenie bedürfe es eines klinischen Zustandsbildes mit Wahnvorstellungen, die meist begleitet seien von akustischen Halluzinationen oder anderen Wahrnehmungsstörungen. Beim Beschwerdeführer könne aufgrund seiner Beschreibungen angenommen werden, dass er mögliche Stimmen höre, wobei diese nicht sicher abzugrenzen seien zu möglichen inneren Vorstellungen oder einem inneren Drang, wie er bei den meisten Menschen auftreten könne und nicht als Symptom eines Wahns interpretiert werden könne. Halluzinationen seien häufig und nicht beweisend für eine Erkrankung aus dem schizophränen Formenkreis. Der Beschwerdeführer könne die innere Stimme gut beschreiben, er empfinde sie als störend und empfinde sie auch als fremd. In diesem Sinn sei es nicht ein eigentlicher Wahn, sondern eher eine Halluzination. Ein Wahn würde sein Verhalten deutlich beeinflussen, indem er nicht mehr zwischen Realität und Halluzination unterscheiden könnte. Aufgrund der Verhaltensauffälligkeiten des Beschwerdeführers könne differenzialdiagnostisch wohl die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie in Betracht gezogen werden, auch wenn sie aufgrund der erwähnten Gründe nicht eindeutig begründet werden könne, insbesondere auch weil beachtet werden müsse, dass der Beschwerdeführer mit Neuroleptika behandelt werde, die sich gegen die produktiven Symptome der Schizophrenie auswirkten. Eine Persönlichkeitsstörung lasse sich aufgrund der zur Verfügung stehenden Angaben nicht begründen. Aufgrund der auffallenden Entwicklung und Verfestigung müsse jedoch eine mögliche Persönlichkeitsänderung in Betracht gezogen werden, da sich der Beschwerdeführer gemäss den zur Verfügung stehenden Angaben und der gutachterlichen Untersuchung sehr auffällig verhalte. Diese Persönlichkeitsänderung sei eine Folge der langjährigen psychischen Erkrankung. Es könne davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer grosse Mühe habe, sich an äussere Regeln und Routinen zu halten, z.B. auch Termine verabredungsgemäss wahrzunehmen oder sich in Organisationsabläufe einzufügen. Er benötige die Hilfe der Familienmitglieder, es gelinge ihm nicht, sich längere Zeit irgendwo einzufügen. Das gleiche Problem stelle sich bei der Strukturierung und Planung von Aufgaben, die er nicht mehr konsequent durchführen könne. Er sei insgesamt wenig flexibel und nur geringfügig umstellungsfähig. Seine fachlichen Kompetenzen könne er nur noch geringfügig anwenden. Er habe Mühe, eine Entscheidung zu fällen oder sich ein Urteil zu bilden. In der Durchhaltefähigkeit sei er ebenfalls stark eingeschränkt. Er könne sich auch nicht mehr adäquat selbst behaupten, sei in der Kontaktfähigkeit allgemein stark eingeschränkt und ziehe sich eher zurück. Die Gruppenfähigkeit sei stark beeinträchtigt, er habe auch grösste Mühe, familiäre Beziehungen aufrechtzuerhalten, ohne die Mithilfe der Familienmitglieder wären diese nicht mehr möglich. Er gehe einigen Aktivitäten nach, was aber durchaus von seinem momentanen Zustand abhängt, es bestünden nur noch wenige Interessen. In der Selbstpflege sei er ebenfalls eingeschränkt, indem er begleitet werden müsse. Insgesamt zeigten sich dadurch im Alltag doch wesentliche Einschränkungen.

Zusammenfassend müsse davon ausgegangen werden, dass beim Exploranden eine doch schwerwiegende psychische Problematik bestehe, die allerdings schwierig zu beschreiben sei. Eindeutige Hinweise auf eine bipolare affektive Störung liessen sich nicht finden. Gemäss Angaben des Sohnes habe auch die Behandlung mit einem stimmungsstabilisierenden Medikament nicht eindeutig eine deutliche Besserung bewirkt, auch wenn die Hospitalisation 2014 zumindest eine gewisse Beruhigung ergeben habe. Der behandelnde Psychiater Dr. med. J. ___ meine, dass eine Beruhigung eingetreten sei, könne aber das aktuelle Zustandsbild nicht erklären. Der Beschwerdeführer wirke aktuell nicht schwer depressiv, dies werde auch in den Unterlagen entsprechend beschrieben. Es sei zwar anzunehmen, dass er immer wieder mit Verstimmungszuständen kämpfe, teilweise in stärkerem Ausmass, manchmal auch weniger, welche aber vorwiegend einen reaktiven Charakter hätten und nicht als eigenständige Störung interpretiert werden könnten. Es sei nicht auszuschliessen, dass eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis vorliege, auch wenn diese Diagnose nicht eindeutig bestätigt werden könne. Zumindest wirke sich die Störung heute ähnlich aus, wie es bei einer derartigen Störung oft vorzufinden sei, wobei eher eine Persönlichkeitsänderung in Betracht gezogen werden müsse, welche diesen Zustand besser in der Gesamtheit begründen könne. Eine primäre Persönlichkeitsstörung könne nicht angenommen werden. Hinweise darauf, dass eine allfällige Suchtstörung diesen Zustand erklären könnte, liessen sich ebenfalls nicht finden. Eine bipolare Störung könne heute auch nicht bestätigt werden und anderweitige psychiatrische Störungen schienen ebenfalls keine wesentliche Rolle zu spielen. Es könne angenommen werden, dass primär eine bipolare Störung vorgelegen habe, wobei heute die bipolaren Symptome nicht mehr gefunden werden könnten, auch müsste erwartet werden, dass zwischen den Phasen ein Zustand erreicht werden könne, wo der Explorand unauffällig wäre, was aber nie mehr in genügendem Ausmass habe beobachtet werden können. Der Beschwerdeführer sei im Alltag massiv beeinträchtigt. Er benötige die Hilfe der Familie, er sei sozial nicht verträglich und nicht in der Lage, seinen Alltag genügend zu gestalten, so dass er auch kaum in einem freien Betrieb in der Wirtschaft tragbar wäre, da innerhalb kurzer Zeit mit massiven zwischenmenschlichen Problemen zu rechnen sei. Er sei auch in keiner Weise belastbar. Es fänden sich keine Hinweise auf eine Aggravation oder ähnliche Erscheinung. Der Beschwerdeführer wirke in den Untersuchungen jeweils ähnlich, die heutigen Befunde deckten sich mit den Angaben in den Unterlagen, es bestünden auch insofern keine Inkongruenzen. Die Auswirkung mache sich sowohl im privaten wie auch in jeglichem anderem Bereich bemerkbar, im zwischenmenschlichen Bereich habe der Beschwerdeführer ebenfalls grosse Schwierigkeiten. Obwohl der Beschwerdeführer dauerhaft eine Behandlung durchführe, auch die Medikation offensichtlich kooperativ einnehme und auch teilweise hospitalisiert werde, habe bisher keine genügende Stabilisierung erreicht werden können, was ebenfalls auf eine schwerwiegende psychische Störung hindeute. Insgesamt könne daher die Beurteilung von Dr. med. E. ___ nicht übernommen werden, wonach von einer remittierten Störung auszugehen sei und dadurch eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nennt der Gerichtsgutachter Dr. med. I. ___ eine andauernde Persönlichkeitsänderung (ICD-10 F62.1), mit der Differentialdiagnose des Verdachts auf eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10 F20.0), sowie eine rezidivierende depressive Störung, aktuell leichtgradig (ICD-10 F33.0). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnt der Gutachter einen Benzodiazepinabusus (ICD-10 F13.2), einen Status nach möglicher bipolarer affektiver Störung und einen Status nach Spielsucht. Zur

Arbeitsfähigkeit führt er aus, der Beschwerdeführer sei nicht in der Lage, konsequent eine Arbeit verlässlich durchzuführen und eine entsprechende Leistung abzuliefern, es fehle ihm an Durchhaltefähigkeit, er sei kognitiv stark beeinträchtigt, in keiner Weise belastbar, es sei auch mit zwischenmenschlichen Problemen und aggressiven Durchbrüchen zu rechnen. Es bestünden nur geringfügige Ressourcen, die er ausnützen könnte, aufgrund seiner psychischen Störung vermöge er diese nicht genügend umzusetzen. In der freien Wirtschaft dürfte kein Arbeitsplatz vorhanden sein, wo der Beschwerdeführer auch nur eine geringe genügende Leistung erbringen könnte. Theoretisch benötige er eine sehr verständnisvolle Arbeitsumgebung mit therapeutischem Charakter, wo auch Rücksicht auf seinen wechselhaften Zustand genommen werden könne, was wahrscheinlich nicht einmal in einem geschützten Betrieb möglich wäre. Im Vordergrund müsste stehen, dass eine Tätigkeit Beschäftigungscharakter habe, ohne eine wesentliche Leistung fordern zu können, wo der Beschwerdeführer bei Bedarf auch den Arbeitsplatz verlassen könne und je nach Zustand auch nicht erscheinen müsse.

E. 5

Es sei der vorliegenden Beschwerde in Bezug auf den Rentenpunkt die aufschiebende Wirkung (wieder) zu erteilen. Betreffend die Frage der Einbringlichkeit einer allfälligen Rückforderung der Beschwerdegegnerin sei eine Parteibefragung durchzuführen.

E. 6

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen mit zusätzlicher Partei- und Zeugenbefragung.

E. 7

7.1 Das Gerichtsgutachten von Dr. med. I.____ beruht auf den vollständigen Vorakten und einer eigenen Exploration. Weiter führte der Experte Gespräche mit dem behandelnden Psychiater Dr. med. J.____ sowie mit dem Sohn N.____, der den Beschwerdeführer zur Begutachtung begleitete. Dem Gutachter waren die Stellungnahmen der Ärzte, welche den Beschwerdeführer zuvor behandelt oder begutachtet hatten, ebenso bekannt wie dessen eigene Angaben und jene des persönlichen Umfeldes. Er konnte sich im Rahmen der eigenen Untersuchung einen Eindruck von der Verfassung des Beschwerdeführers bilden. Auf dieser Grundlage gelangt Dr. med. I.____ zu schlüssigen Ergebnissen, welche er nachvollziehbar herleitet. Seine Schlussfolgerungen sind plausibel begründet. Die unter sich divergierenden Beurteilungen in den früheren Berichten und Gutachten werden durch den Gerichtsgutachter berücksichtigt. Er geht auf die darin enthaltenen relevanten Aussagen ein und legt dar, inwieweit und warum er ihnen folgt oder sie ablehnt. Das Gutachten wird damit den prinzipiellen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (E. II. 4.2 hiervor) gerecht.

7.2 Zu prüfen bleibt, ob das Gutachten auch inhaltlich als beweiskräftig gelten kann. Die Beschwerdegegnerin erhebt in ihrer Stellungnahme vom 6. Oktober 2016 (A.S. 89 ff.) verschiedene Einwände.

7.2.1 Die Beschwerdegegnerin weist grundsätzlich zu Recht darauf hin, dass Dr. med. I.____ die einzelnen Kriterien, welche für die von ihm gestellte Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach psychischer Erkrankung massgebend sind, nicht systematisch diskutiert. Eine explizite Abhandlung der einzelnen Kriterien ist aber nicht zwingend notwendig, sondern es genügt, wenn sich die diagnostische Einordnung anhand der

gutachterlichen Feststellungen insgesamt nachvollziehen lässt. Dies trifft hier zu: Der Gutachter schliesst eine Persönlichkeitsstörung mit Blick auf die Biographie des Beschwerdeführers aus. Die Diagnose einer Persönlichkeitsänderung begründet er mit dem Verlauf, indem die früher bestehende schwere Depression oder bipolare Störung schon seit mehreren Jahren nicht mehr im Vordergrund stehe, während sich andere Symptome ergeben hätten. In diesem Zusammenhang führt der Gutachter aus, gemäss den Angaben des begleitenden Sohns sei der Beschwerdeführer vor Erkrankungsbeginn in der Persönlichkeit nicht sehr auffällig gewesen, eher hilfsbereit und gutmütig, und habe im zwischenmenschlichen Bereich keine Schwierigkeiten gehabt. Die Verhaltensauffälligkeiten seien daher im Verlauf aufgetreten und könnten als Folge der jahrelangen psychischen Störung interpretiert werden, wo der Beschwerdeführer auch grosse Mühe gehabt habe, einen geeigneten Umgang damit zu finden. Der Gutachter gibt somit klar zu erkennen, wie er vor dem Hintergrund der früheren ärztlichen Stellungnahmen und in Würdigung der Aussagen des Beschwerdeführers sowie des Sohns den Verlauf beurteilt.

Auf dieser Basis lässt sich dem Gutachten auch die Begründung der Diagnose entnehmen: Die Aussagen des Beschwerdeführers und seines Sohns weisen auf eine erhebliche Veränderung des Beschwerdeführers zu sich selbst und in Bezug auf seine Umgebung hin. Dr. med. I. ___ gelangte offensichtlich zum Ergebnis, diese Aussagen bildeten eine hinreichend verlässliche Grundlage. Die vom Gutachter angenommene Änderung führte zu einer Symptomatik, welche gemäss seinen Feststellungen die von der Beschwerdegegnerin erwähnten, für die Diagnosen relevanten Kriterien umfasst. Namentlich beinhaltet die vom Gutachter geschilderte Problematik die Aspekte von ausgeprägter Unselbständigkeit und Abhängigkeit, eines weitgehenden sozialen Rückzugs, eines subjektiven Veränderungsgefühls sowie weitgehender Passivität mit vermindertem Interesse und Vernachlässigung früherer Aktivitäten. Auch Hinweise auf eine Veränderung der Selbstwahrnehmung des Beschwerdeführers ■ auch wenn dieser die Veränderung darauf zurückführt, er sei während der Arbeit durch giftige Substanzen geschädigt worden ■, eine Erwartungshaltung gegenüber anderen sowie eine dysphorische oder labile Stimmung werden im Gutachten zumindest sinngemäss erwähnt. Es kann daher nicht gesagt werden, der Gutachter habe die von ihm gestellte Diagnose nicht hinreichend begründet. Dass auffällige Persönlichkeitszüge keine Invalidität begründen, ist dem erfahrenen Gutachter selbstredend bekannt. Er gelangte jedoch zum Ergebnis, die von ihm bejahten erheblichen Auffälligkeiten und Defizite liessen sich nicht auf diese Weise erklären.

7.2.2 Wie sich dem Gerichtsgutachten entnehmen lässt, war ■ nach einer früher gegebenen schweren depressiven Symptomatik und bei einer weiterhin diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung ■ aktuell nur eine leichtgradige depressive Symptomatik festzustellen. Eine solche ist nicht geeignet, die vom Gutachter bejahten, erheblichen Einschränkungen zu einem relevanten Teil zu begründen. Zudem weisen die depressiven Verstimmungszustände nach der gutachterlichen Beurteilung vorwiegend reaktiven Charakter auf und können nicht als eigenständige Störung interpretiert werden (Gutachten S. 12 f.). Die Konstellation, dass eine andere Diagnose nicht gestellt werden kann, weil eine zuverlässige Abgrenzung zu den Symptomen einer parallel bestehenden depressiven Störung unmöglich ist, liegt damit nicht vor.

7.2.3 Der Gerichtsgutachter nennt als Differentialdiagnose den Verdacht auf eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10 F20.0). Wie er in seinen

Darlegungen erläutert, schliesst er die Existenz akustischer Halluzinationen, welche den Privatgutachter Dr. med. G.____ veranlassten, eine paranoide Schizophrenie zu stellen, nicht vollständig aus, wobei er keine sichere Abgrenzung zu inneren Vorstellungen oder einem inneren Drang vornehmen konnte. Der Gerichtsgutachter verneint aber das für die von Dr. med. G.____ gestellte Diagnose kennzeichnende Element eines Wahns, weil der Beschwerdeführer die innere Stimme gut beschreiben konnte und sie als störend und auch als fremd empfand. Allerdings schliesst der Gerichtsgutachter nicht aus, dass eine entsprechende Symptomatik durch die Medikation (Neuroleptika) «versteckt» werde. Letztlich hält er jedoch die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit (ICD-10 F62.1) für naheliegender. Diese Überlegungen sind nachvollziehbar und plausibel. Warum die Kombination dieser Diagnose mit einer Differentialdiagnose «Verdacht auf Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis» (ICD-10 F20.0) nicht möglich sein sollte, ist nicht erkennbar. Die Situation, dass eine gutachterlich erhobene Symptomatik mit erheblichen Auswirkungen nicht mit letzter Sicherheit einer bestimmten Diagnose zuzuordnen ist, kommt regelmässig vor, und diesfalls gehört es zur Aufgabe des medizinischen Sachverständigen, die von ihm in Betracht gezogene andere, als weniger wahrscheinlich eingestufte Möglichkeit im Sinne einer Differenzialdiagnose zu erwähnen. Die Argumentation der Beschwerdegegnerin hätte letztlich zur Folge, dass verbleibende Unsicherheiten in der Diagnosestellung die Feststellung einer iv-rechtlich relevanten erheblichen Arbeitsunfähigkeit ausschliessen würde. Dies entspricht nicht der Konzeption der ICD-10 oder des IVG.

7.2.4 Der Konsum von Benzodiazepinen war dem Gutachter bekannt und dieser Aspekt wird diskutiert, ebenso das in den Akten erwähnte Schlafapnoe-Syndrom (Gutachten S. 12). Der Experte war damit in der Lage, diesen Aspekten angemessen Rechnung zu tragen. Zur Abklärung einer organischen Erkrankung wurden im Jahr 2001 Untersuchungen (EEG; Schädel-CT) durchgeführt, die unauffällig ausfielen (vgl. IV-Nr. 9 S. 6). Wenn Dr. med. I.____ mangels entsprechender Hinweise eine hirnorganische Beeinträchtigung ausschloss (Gutachten S. 12), lässt sich dies nicht beanstanden.

7.2.5 Das Argument, es habe bisher keine adäquate Behandlung stattgefunden, verfängt nicht. Nach der Einschätzung des Gutachters ist die bisherige Therapie grundsätzlich geeignet, und er geht nicht davon aus, dass die von ihm erwähnte Möglichkeit einer Behandlung in einer Tagesklinik zu einer dauerhaften Besserung führen würde.

7.2.6 Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht festhält, geht der Gerichtsgutachter von einer Verbesserung der depressiven Symptomatik aus. Eine solche wäre grundsätzlich geeignet, einen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG zu bilden. Aufgrund der nunmehr bestehenden Störung verneint Dr. med. I.____ jedoch eine wesentliche Verbesserung (vgl. Gutachten S. 15), was vor dem Hintergrund seiner gesamthaften Beurteilung einleuchtet.

7.3 Zusammenfassend erfüllt das Gerichtsgutachten die von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme. Die von der Beschwerdegegnerin vorgebrachte inhaltliche Kritik ist nicht geeignet, die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der gutachterlichen Beurteilung infrage zu stellen. Damit liegen keine zwingenden Gründe vor, um von der Einschätzung des Gutachters abzuweichen.

7.4 Gestützt auf das Gerichtsgutachten ist eine für den Rentenanspruch erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes im Vergleich zwischen den massgebenden

Vergleichszeitpunkten (Mitteilung vom 8. September 2005; Verfügung vom 27. Februar 2015; vgl. E. II. 3.2 hiervor) zu verneinen. Die Symptomatik und die diagnostische Einordnung der psychischen Störung haben zwar im Verlauf eine Entwicklung erfahren. Die Arbeitsfähigkeit hat sich jedoch nicht verbessert, geht doch der Gerichtsgutachter von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der freien Wirtschaft aus. Weil somit kein Revisionsgrund vorliegt, bleibt es bei der ganzen Rente, welche dem Beschwerdeführer mit der Verfügung vom 26. Juni 2003 (IV-Nr. 18) zugesprochen und mit der auf umfassenden Abklärungen beruhenden Mitteilung vom 8. September 2015 (IV-Nr. 31) bestätigt wurde. Die Beschwerde ist daher im Rentenpunkt gutzuheissen und die Verfügung vom 27. Februar 2015 ist aufzuheben.

8. Weiter ist zu prüfen, ob die Kosten für das Gerichtsgutachten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen oder durch den Kanton zu tragen sind.

8.1 Art. 43 Abs. 1 ATSG schreibt vor, dass der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vornimmt. Lagert er diese Aufgabe ■ zulässigerweise ■ an externe Abklärungsstellen aus, so hat er sicherzustellen, dass er alle entscheidungserheblichen Angaben in der erforderlichen Qualität erhält (BGE 137 V 210 E. 3.2 S. 244 f.). Laut Art. 45 Abs. 1 ATSG übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat (Satz 1). Hat er keine Massnahmen angeordnet, übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruches unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden (Satz 2).

8.2 Wenn zur Durchführung der vom Gericht als notwendig erachteten Beweismassnahme an sich eine Rückweisung in Frage käme, eine solche indessen mit Blick auf die Verfahrensfairness entfällt, sind die Kosten der Begutachtung der IV-Stellen aufzuerlegen (BGE 137 V 210 E. 4.4.2 S. 265 f.). In BGE 139 V 496 hat das Bundesgericht präzisierend festgehalten, diese Regelung dürfe nicht zu einer systematischen Belastung der IV-Stelle mit Gutachtenskosten führen, und die massgebenden Kriterien definiert: Zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen, muss ein kausaler Zusammenhang bestehen. Dies ist namentlich dann der Fall, wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen besteht, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet hat, oder wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt hat, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfüllt. Wenn die Verwaltung dagegen den Untersuchungsgrundsatz respektiert und ihre Auffassung auf objektive konvergente Grundlagen oder auf die Ergebnisse einer rechtsgenügenden Expertise gestützt hat, ist die Überbindung der Kosten des erstinstanzlichen Gerichtsgutachtens an sie nicht gerechtfertigt (BGE 140 V 70 E. 6.1 S. 75; 139 V 496 E. 4.4 S. 502; Urteil des Bundesgerichts 8C_301/2016 vom 7. Juli 2016 E. 2.2).

8.3 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrer Anspruchsbeurteilung auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. ___ vom 3. Januar 2014 (E. II. 6.3 hiervor) und dessen ergänzende Stellungnahme vom 19. November 2014 (E. II 6.9 hiervor). Das Gutachten wird den allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (E. II. 4.2 hiervor) zwar grundsätzlich gerecht. In Revisionsfällen setzt die Beweiskraft eines Gutachtens jedoch zusätzlich voraus, dass deutlich wird, inwiefern der

Gutachter Feststellungen trifft, welche von denjenigen, welche der Rentenzusprache zugrunde lagen, inhaltlich abweichen. Es muss erkennbar werden, dass ein unterschiedliches Ergebnis nicht auf einen anderen Massstab oder eine andere Art der Untersuchung oder Interpretation, sondern auf eine Veränderung der relevanten Tatsachen zurückgeht (vgl. E. II. 4.3 hiervor). Diesbezüglich liess das Gutachten von Dr. med. E.____ Fragen offen. Diese ergaben sich zunächst aus den Stellungnahmen des langjährig behandelnden Psychiaters Dr. med. J.____, der keine erhebliche Veränderung zu erkennen vermochte. Sie wurden verstärkt durch den Bericht der psychiatrischen Dienste vom 5. August 2014 (E. II. 6.6 hiervor), welcher von erheblichen Beeinträchtigungen und einem seit langer Zeit bestehenden Beschwerdebild ausgeht. Zum selben Ergebnis gelangte auch das Parteigutachten von Dr. med. G.____ vom 13. Oktober 2014 (E. II. 6.8 hiervor). Dieses Privatgutachten erfüllt zwar die allgemeinen Beweisanforderungen nur teilweise (vgl. E. II. 9.3 hiernach); es weist aber auf die mögliche Relevanz verschiedener, durch Dr. med. E.____ nur kurz diskutierter Angaben des Beschwerdeführers hin, die auch aus den Vorakten ersichtlich sind. Die Stellungnahmen des langjährig behandelnden Psychiaters, der den Beschwerdeführer erneut in einer Akutsituation behandelnden Klinik und des Privatgutachters divergieren zwar in einzelnen Punkten auch untereinander. Sie stimmen aber bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit und des Verlaufs tendenziell überein und waren ■ auch mit Blick darauf, dass die psychiatrische Beurteilung und diagnostische Einordnung beim Beschwerdeführer von Anfang an Schwierigkeiten bereitete, was im Administrativgutachten nur verkürzt zum Ausdruck gelangt ■ jedenfalls in ihrer Gesamtheit geeignet, begründete Zweifel an der Vollständigkeit (im Sinne der umfassenden Berücksichtigung aller möglicherweise relevanten Symptome) sowie Schlüssigkeit (in Bezug auf die erhebliche Veränderung) des Gutachtens von Dr. med. E.____ zu erwecken. Damit bestanden konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise (vgl. E. II. 4.4 hiervor). In dieser Konstellation waren aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes weitere Abklärungen geboten. Das durch das Gericht eingeholte Gutachten von Dr. med. I.____ bestätigte schliesslich die durch die erwähnten Stellungnahmen hervorgerufenen Zweifel an den Ergebnissen des Administrativgutachtens. Die Voraussetzungen, unter welchen die IV-Stelle die Kosten eines Gerichtsgutachtens zu tragen hat, sind damit erfüllt. Die Kosten des Gerichtsgutachtens von Dr. med. I.____ von CHF 4■945.50 sind daher der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 9

9.1 Der Beschwerdeführer verlangt weiter, die Beschwerdegegnerin habe ihm die Kosten des Privatgutachtens von Dr. med. G.____ vom 13. Oktober 2014 in der Höhe von CHF 8■000.00 sowie der ergänzenden Stellungnahme dieses Arztes vom 7. April 2015 in der Höhe von CHF 1■800.00 zu ersetzen.

9.2 Gemäss Art. 45 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden.

Die infrage stehende Abklärungsmassnahme ist zur Beurteilung des Anspruchs unerlässlich, wenn dieselbe Massnahme im Rahmen der Untersuchungspflicht ebenfalls anzuordnen gewesen wäre, was jedoch nicht erfolgt ist (Urteile des Bundesgerichts

9C_858/2014 vom 3. September 2015 E. 6, 9C_921/2013 vom 24. Februar 2014 E. 5.1 [SVR 2014 IV Nr. 11 S. 44]). Darüber hinaus kommt eine Kostenübernahme auch infrage, wenn aufgrund der zuvor gegebenen Aktenlage eine ergänzende Begutachtung nicht zwingend gewesen wäre, das Privatgutachten aber neue Erkenntnisse oder Hinweise liefert, welche die Anspruchsbeurteilung beeinflussen oder zusätzliche Abklärungen auslösen.

9.3 Das Privatgutachten von Dr. med. G.____ erfüllt die Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (E. II. 4.2) nicht vollständig. So ist in manchen Punkten nicht ersichtlich, inwieweit sich Dr. med. G.____ einfach auf die Angaben des Beschwerdeführers oder seiner Angehörigen abstützt und inwieweit diese kritisch hinterfragt wurden. Vereinzelt finden sich auch innere Widersprüche (vgl. z.B. Gutachten S. 10 oben [seit 10-15 Jahren keine eigentlichen Ferien] und S. 19 [der Beschwerdeführer schwimme «selbst in den Ferien in der Türkei nicht»]). Weiter erfolgte ein zentrales Element der Exploration, die Erhebung der Tagesgestaltung, in Anwesenheit und mit «gelegentlicher Hilfe» des den Beschwerdeführer begleitenden Sohns O.____ (vgl. IV-Nr. 85 S. 13 [Gutachten S. 11]). Dieses Setting ist wegen der Gefahr einer Beeinflussung grundsätzlich problematisch; zudem lässt das Gutachten die in diesem Zusammenhang erforderliche transparente Darstellung (BGE 140 V 260 E. 3.2.3 S. 263) vermissen. Trotz dieser Mängel enthält das Gutachten von Dr. med. G.____ Hinweise darauf, dass Symptome, welche im Administrativgutachten von Dr. med. E.____ nur sehr kurz diskutiert wurden, einer näheren Betrachtung bedürften. Wie bereits erwähnt, war das Privatgutachten zwar nicht für sich allein genommen, wohl aber in Kombination mit den Stellungnahmen der behandelnden Ärzte geeignet, die Notwendigkeit ergänzender Abklärungen zu begründen. Das in der Folge eingeholte Gerichtsgutachten von Dr. med. I.____ gelangte denn auch zu teilweise ähnlichen Ergebnissen. Damit sind die Voraussetzungen, unter welchen der Versicherungsträger die Kosten eines privat eingeholten Gutachtens zu übernehmen hat, im Grundsatz ebenfalls erfüllt. Dies gilt allerdings nicht für die ergänzende Stellungnahme von Dr. med. G.____ vom 7. April 2015 (E. II. 6.11 hiervor), welche vor allem allgemeine, nicht fallbezogene Ausführungen enthält, die überdies teilweise als eher gewagt erscheinen.

9.4 Zu prüfen bleibt die Höhe der durch die Beschwerdegegnerin zu übernehmenden Kosten des Privatgutachtens. Im Vergleich zum vom Gericht angeordneten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. I.____, dessen Kosten sich auf insgesamt CHF 4'945.50 belaufen, erscheinen die Kosten des ebenfalls monodisziplinär ausgestalteten Privatgutachtens von Dr. med. G.____ in Höhe von insgesamt CHF 8'000.00 (vgl. Rechnung vom 13. Oktober 2014, IV-Nr. 85 S. 54) als übersetzt. Es rechtfertigt sich daher, die Kosten auf insgesamt CHF 6'000.00 zu reduzieren.

E. 10

10.1 Der obsiegende Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG). Rechtsanwalt Wyssmann macht in seiner Kostennote vom 26. Oktober 2016 (A.S. 100) einen Aufwand von 13.72 Stunden geltend. Nicht zu berücksichtigen sind die insgesamt 10 Positionen à 0.17 Stunden mit der Bezeichnung «Brief an Klient», bei denen das Gericht praxisgemäss von Orientierungskopien ausgeht, welche Kanzleiaufwand darstellen und als solcher im Stundenansatz eines Rechtsanwalts inbegriffen sind. Dasselbe gilt für den Begleitbrief zur Kostennote (0.25 Stunden). Als verfahrensfremd unberücksichtigt zu bleiben hat der mit 0.67 Stunden eingesetzte Brief an die Beschwerdegegnerin vom 4. März 2015 (AK-Nr. 93). Der nachprozessuale Aufwand ist angesichts des Verfahrensausgangs (Obsiegen)

praxisgemäss mit 0.5 Stunden einzusetzen. Damit ergibt sich gesamthaft eine Reduktion um 3.12 Stunden. Der verbleibende Aufwand von 10.6 Stunden kann als angemessen gelten und ist zu entschädigen. Bei einem Ansatz von CHF 250.00 ergibt sich ein Honorar von CHF 2'650.00. Von den 129 Kopien à CHF 1.00 sind 20 (Brief an die Beschwerdegegnerin vom 4. März 2015) als verfahrensfremd auszuscheiden (ebenso das Porto von CHF 1.00), und die übrigen 109 mit CHF 0.50 zu entschädigen (vgl. § 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 Gebührentarif [GT, BGS 615.11]). Die Auslagen von CHF 204.30 reduzieren sich damit um CHF 75.50 auf CHF 128.80. Mit der Mehrwertsteuer von 8 % resultiert eine Parteientschädigung von CHF 3'001.10.

10.2 Das Verfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200'000 Franken festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Als unterliegende Partei hat die Beschwerdegegnerin die Gerichtskosten zu bezahlen. Da keine Verhandlung durchgeführt wurde, sind diese mit CHF 600.00 zu bemessen. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird gutgeheissen. Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 27. Februar 2015 wird aufgehoben. Der Beschwerdeführer hat über den 30. April 2015 hinaus weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente.

2. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 3'001.10 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

3. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

4. Die Beschwerdegegnerin hat die Kosten des Gerichtsgutachtens von Dr. med. I. ___ von CHF 4'945.50 zu bezahlen.

5. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer an die Kosten des Privatgutachtens von Dr. med. G. ___ vom 13. Oktober 2014 einen Betrag von CHF 6'000.00 zu bezahlen. Der Antrag auf Erstattung der Kosten der Stellungnahme vom 7. April 2015 von CHF 1'800.00 wird abgewiesen.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.